



Andreia Cristina Jales  
do Espírito Santo

## **Transição do internamento para o ambulatório de adolescentes com anorexia nervosa**

Perspetiva das adolescentes e da equipa que as  
acompanha

Relatório do Trabalho de Projeto para candidatura ao  
grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e  
Psiquiatria

março 2014





Andreia Cristina Jales  
do Espírito Santo

## **Transição do internamento para o ambulatório de adolescentes com anorexia nervosa**

Perspetiva das adolescentes e da equipa que as  
acompanha

Relatório do Trabalho de Projeto para candidatura ao  
grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e  
Psiquiatria sob orientação do Professor Doutor  
Joaquim Manuel de Oliveira Lopes

março 2014



*“Quando alguém procura – respondeu siddharta – pode acontecer que os seus olhos vejam apenas a coisa que ele procura, que não permitam que ele a encontre porque ele pensa sempre e apenas naquela que procura, porque ele tem um objectivo, porque está possuído por esse objectivo” (Hesse, 2006, p. 142).*



## **AGRADECIMENTOS**

Ao Professor Doutor Joaquim Manuel de Oliveira Lopes, orientador deste trabalho, agradeço o apoio, a partilha do saber e as valiosas contribuições para o trabalho.

Ao Enfermeiro Especialista António Jorge Soares Antunes Nabais, pelo incentivo à descoberta da área da pedopsiquiatria e das perturbações do comportamento alimentar em especial; e pelo apoio durante a realização deste projeto.

À minha amiga Susana Correia pela amizade e pela persistência em não me deixar perder no caminho da concretização deste trabalho.

Aos enfermeiros e médicos entrevistados pela partilha e colaboração.

À Equipa da Unidade de Internamento na qual foi realizado o estágio pela disponibilidade, partilha e aprendizagens, assim como pelo envolvimento que realizaram no projeto.

Às adolescentes com anorexia nervosa e suas famílias, participantes ou não neste trabalho, pela disponibilidade, partilha e contribuição.

Aos meus amigos e familiares pela compreensão do tempo que dediquei à realização deste trabalho, pela disponibilidade em ouvir as minhas ideias e inquietações e por me incentivarem a procurar mais desafios nesta área.

Ao Pedro pelo apoio e suporte incondicional, pelo tempo nosso que muitas vezes foi partilhado com este projeto, pela partilha de ideias e saberes, assim como pelo estímulo permanente em crescer e me desenvolver pessoal e profissionalmente.

À minha atual equipa onde exerço funções agradeço o incentivo ao desenvolvimento e partilha de saber sobre a problemática das perturbações do comportamento alimentar.





## RESUMO

A Anorexia Nervosa é uma patologia complexa, desafiante, que necessita de uma intervenção multidisciplinar. Com ela surgem múltiplas complicações físicas e psicológicas, assim como tem associadas diversas comorbilidades. Implica a necessidade de resposta a vários níveis de cuidados, nomeadamente internamento hospitalar e ambulatorio. Colocando a hipótese de várias transições se apresentarem ao mesmo tempo, particularmente de desenvolvimento (adolescência), de saúde-doença (diagnóstico de anorexia nervosa) e situacional (transição do internamento para o ambulatorio); e a importância de melhor as conhecer, com o intuito de promover o sucesso da transição, pretendemos compreender como decorre o processo de transição do internamento para o ambulatorio. A partir daqui desenhamos um projeto de intervenção em serviço utilizando a metodologia de trabalho projeto. Este implicou a realização do diagnóstico de situação, definição de objetivos, planeamento, execução, avaliação e divulgação dos resultados. Na compreensão da problemática em estudo foram realizadas entrevistas semiestruturadas a adolescentes com o diagnóstico de anorexia nervosa em ambulatorio, com internamento prévio; enfermeiros da unidade de internamento e médicos do ambulatorio. Foram também levantadas dos processos clínicos as intervenções de enfermagem realizadas durante o internamento com o objetivo da preparação para alta. Da análise das categorias encontradas constatámos que as principais preocupações e dificuldades se evidenciavam no acompanhamento realizado em ambulatorio. Este facto conduziu-nos a realizar um planeamento de intervenção no ambulatorio, nomeadamente uma consulta multidisciplinar de perturbações do comportamento alimentar e mais especificamente uma consulta de enfermagem. Propôs-se ainda a divulgação aos enfermeiros da unidade de internamento dos resultados da recolha de dados através de uma sessão de formação em serviço.

Numa segunda parte do trabalho realizámos uma análise crítica sobre as competências de mestre e do percurso efetuado para as adquirir.

**Palavras-chave:** ambulatorio, anorexia nervosa, enfermagem, transição



## ABSTRACT

Anorexia nervosa is a challenging, complex condition incorporating significant long-term physical and psychological complications from which recovery is difficult. Treatment planning will require a coordinated multidisciplinary intervention. This implicates the need for responses at different levels of care, namely in secondary and primary care. Hypothesizing multiple transitions are present at one time, namely development (adolescence), health-disease (diagnosis of anorexia nervosa) and situational (transition from secondary to primary care); and because it is paramount to promote a smooth transition between tiers of care, in the present study we focus on the transition of care at the primary – secondary interface. The purpose of this study is to understand how the transition from secondary to primary care is made. From here we designed an intervention project in service using the methodology of project work. This led to the diagnosis of the situation, setting goals, planning, implementation, evaluation and dissemination of results. Semi-structured interviews were conducted on adolescents diagnosed with anorexia nervosa followed up in a primary care setting, who had been previously hospitalized; on primary care physicians; and on secondary care nurses. Information from patient records was also retrieved to examine nursing interventions aiming at preparation of patients for discharge. Upon analysis of the identified categories, it was found that the main challenges and difficulties were present in outpatient care. This led us to design an intervention plan in primary care, namely a multidisciplinary consultation regarding eating disorders and more specifically a nursing consultation. It is also proposed to disclose the results of data collection to the secondary care nurses through a dissemination session.

In the second part of the work a critical analysis of the competences of the master course and route taken to acquire them.

**Key words:** outpatient care, anorexia nervosa, nursing, transition



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

### Abreviaturas:

% - por cento

< - menor

>- maior

= - igual

$\leq$  - menor ou igual

A – Adolescente

bpm – batimentos por minuto

cap. - capítulo

cit. – citado

E – Enfermeiro

ed. – edição

*et al.* – e outros

ex. - exemplo

g – gramas

h – hora

*ibidem*- no mesmo lugar

*idem* – o mesmo

M – Médico

mEq/L – miliequivalente por litro

mmHg – milímetros de mercúrio

N – número de indivíduos

n.º - número

p. – página

s.d. – sem data

s.l. – sem local

supl. - suplemento

vol. – volume

vs – versus

### **Siglas:**

AN – Anorexia Nervosa

APA - American Psychological Association

BN – Bulimia Nervosa

CEED – The Victorian Centre of Excellence in Eating Disorders

CID – Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde

CNSM - Coordenação Nacional para a Saúde Mental

DR – Diário da República

DSM – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

ESS/IPS – Escola Superior de Saúde/ Instituto Politécnico de Setúbal

IMC – Índice de Massa Corporal

ISBN – International Standard Book Number

ISSN – International Standard Serial Number

MS – Ministério da Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

PCA – Perturbações do Comportamento Alimentar

SOE – Sem Outra Especificação

TCC – Terapia Cognitivo-Comportamental

USP – Universidade de São Paulo

URL – Uniform Resource Locator

WC – Water Closet





# ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	22
PARTE I: PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO	26
<b>1. PROBLEMÁTICA</b>	28
<b>2. LOCAL DE ESTÁGIO</b>	30
<b>3. QUESTÃO DE PARTIDA</b>	32
<b>4. OBJETIVOS</b>	34
<b>5. ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b>	36
5.1. Uma prisão chamada Anorexia Nervosa	36
5.2. Pensando no seu surgimento...	37
5.3. Que prisão é esta? – definição, complicações e comorbilidades	39
5.4. Por detrás de um diagnóstico	43
5.5. Padrões de conhecimento em enfermagem	47
5.6. Sob a visão da Teoria das Relações Interpessoais	49
5.7. Refletindo na Teoria das Transições de Afaf Meleis	53
5.8. Enfermeira suficientemente boa	58
<b>6. METODOLOGIA DE PROJETO</b>	62
6.1. Diagnóstico de Situação	62
6.1.1. Método de estudo e Fontes de dados	63
6.1.2. Técnicas e Instrumentos de recolha de dados	64
6.1.3. Análise e Discussão dos Dados	65
6.1.4. Síntese Diagnóstica	82
6.2. Definição dos objetivos	83
6.3. Planeamento da Intervenção	85
6.3.1. Qual a melhor intervenção para a liberdade?	86
A) Internamento Hospitalar	92
B) Recuperação ponderal e Psicofarmacoterapia	94
C) Psicoterapia Individual	94
D) Intervenção Familiar	96
E) Intervenção em Grupos Terapêuticos	101
6.3.2. Consulta de Perturbações do Comportamento Alimentar	102
6.3.3. Consulta de Enfermagem na Consulta de Perturbações do Comportamento Alimentar	104
6.3.4. Sessão de Formação em Serviço na Unidade de Internamento	110

6.4.	Planeamento da Avaliação	110
6.5.	Divulgação dos Resultados	115
6.6.	Considerações Éticas	115
PARTE II - ANÁLISE CRÍTICA DAS COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA		118
<b>7.</b>	<b>O CAMINHO... COMPETÊNCIA A COMPETÊNCIA</b>	120
8.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	130
9.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	132
APÊNDICES		152
Apêndice I – Proposta de Artigo		
Apêndice II – Guião de Entrevista dos Enfermeiros		
Apêndice III – Guião de Entrevista Adolescentes		
Apêndice IV – Guião Entrevista Médicos		
Apêndice V – Intervenção dos Enfermeiros durante o Internamento		
Apêndice VI – Grelha de Análise dos Enfermeiros		
Apêndice VII – Grelha de Análise Adolescentes		
Apêndice VIII – Grelha de Análise Médicos		
Apêndice IX – Proposta de Protocolo de Referenciação para a Consulta de Perturbações do Comportamento Alimentar do Serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência		
Apêndice X – Proposta de Critérios de Admissão a Seguimento na Consulta de Perturbações do Comportamento Alimentar		
Apêndice XI – Proposta de Protocolo de Funcionamento e de Intervenção na Consulta de Perturbações do Comportamento Alimentar		
Apêndice XII – Formação em Serviço - Plano da Sessão		
Apêndice XIII – Formação em Serviço - Avaliação da Sessão		

## **ÍNDICE DE FIGURAS**

Figura n.º 1 – Sobreposição de fases na relação enfermeiro-paciente	51
Figura n.º 2 – Transições: teoria de médio alcance	54
Figura n.º 3 – Modelo de Enfermagem sobre as transições	55
Figura n.º 4 – Componentes da insuficiência de papel e manifestações prováveis	57
Figura n.º 5 – Objetivos e critérios do tratamento em internamento	93
Figura n.º 6 – Fases dos cuidados de enfermagem a adolescentes com anorexia nervosa	105

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico n.º 1 – Caracterização das adolescentes internadas	66
Gráfico n.º 2 – Proveniência geográfica das adolescentes	66
Gráfico n.º 3 – Adolescentes praticantes de desporto	67
Gráfico n.º 4 – Anos de trabalho no internamento	67
Gráfico n.º 5 – Género dos enfermeiros	67
Gráfico n.º 6 – Idade das adolescentes em ambulatório	69
Gráfico n.º 7 – Acompanhamento pedopsiquiátrico prévio	69
Gráfico n.º 8 – Tempo decorrente de internamento	69

## ÍNDICE DE QUADROS

Quadro n.º 1 – Categorias e subcategorias emergentes da Grelha de Análise dos Enfermeiros	68
Quadro n.º 2 – Categorias e subcategorias emergentes da Grelha de Análise das Adolescentes	70
Quadro n.º 3 – Categorias e subcategorias emergentes da Grelha de Análise dos Médicos	70
Quadro n.º 4 – Definição de Competência	121



## INTRODUÇÃO

O que nos inquieta? Foi a primeira questão que surgiu quando se iniciou este trabalho. Inquietava a transição das adolescentes com diagnóstico de anorexia nervosa, do internamento para o ambulatório. Inquietava-nos ter a certeza que os enfermeiros desenvolviam um bom trabalho nesta preparação para a alta. A área das perturbações do comportamento alimentar, mais especificamente a anorexia nervosa, desenvolveu em nós particular interesse por tocar várias áreas e implicar uma intervenção multidisciplinar, com recurso a diversos tipos e níveis de intervenção terapêutica. Uma patologia complexa, em que a adolescente se vai destruindo aos poucos. Destruição esta agressiva para si e para os outros.

O número de casos com necessidade de recurso ao internamento seja ele pediátrico ou pedopsiquiátrico foi aumentando conduzindo a uma maior investimento das equipas no tratamento destas adolescentes. Porém, o internamento é limitado no tempo e na abrangência de intervenção, pelo que as adolescentes quando atingem os critérios para alta clínica são encaminhadas para o ambulatório. Este é, sem dúvida, o nível de intervenção terapêutica mais adequado. No entanto, ficava muitas vezes a dúvida se as adolescentes estavam preparadas para esta transição, para os novos desafios que se iriam colocar. Com o objetivo de melhor compreender esta problemática propusemos a realização deste trabalho, tendo como questão norteadora: Como decorre o processo de transição do internamento para o ambulatório?.

Primeiro procurámos compreender o fenómeno teoricamente, assim como conhecer o que já teria sido elaborado sobre este assunto. Realizámos uma pesquisa bibliográfica nas bases de dados, nomeadamente: CINAHL Plus, Medline, Database of Abstracts Reviews of Effects, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Methodology Register, Library, Information Science & Technology Abstracts, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, MedicLatina, Health Technology Assessments, Academic Search Complete, NHS Economic Evaluation Database, Regional Business News, Business Source Complete, ERIC, Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal. Foram utilizadas as expressões “anorexia nervosa”, com recurso à base de

pesquisa EBSCO, tendo como limitador “full text”. O período temporal da pesquisa estava compreendido entre Janeiro de 2002 e Setembro de 2012, para artigos redigidos em inglês, português e espanhol. A pesquisa foi realizada entre 22 e 23 de Setembro de 2012, tendo-se obtido 2784 resultados. Para além das bases de dados recorremos também a livros publicados.

A metodologia escolhida para realizar este trabalho, um projeto de intervenção em serviço, foi a metodologia de trabalho projeto. Esta implica a identificação de uma problemática, a sua análise, realização de intervenções para responder à problemática encontrada e naturalmente a sua avaliação. Compreende as seguintes etapas: diagnóstico da situação, definição de objetivos, planeamento, execução, avaliação e disseminação dos resultados. Desta forma este trabalho integra duas partes. Na parte I, está mapeado de o desenrolar do trabalho projeto. Iniciamos pela contextualização da problemática, da prevalência da anorexia nervosa, da definição de adolescência e da pertinência do tema. Posteriormente abordámos a contextualização do local de estágio do Mestrado, uma Unidade de Internamento de Pedopsiquiatria. De seguida delineámos a questão de partida e os objetivos do trabalho de projeto. Tendo os objetivos e a questão de partida a nortear as leituras elaborámos o enquadramento teórico. Neste realizámos uma breve contextualização histórica da anorexia nervosa, seguida de uma breve passagem pela etiologia e fatores de risco, definição e critérios de diagnóstico, complicações e comorbilidades. Ainda neste capítulo abordámos sucintamente os vários modelos explicativos do surgimento e manutenção da doença. Dado o foco principal ser a elaboração de um plano de intervenção de enfermagem, refletimos sobre os Padrões de Conhecimento em Enfermagem de Barbara Carper, sobre a Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau, sobre a Teoria das Transições de Afaf Meleis.

Posteriormente entrámos na parte mais prática do trabalho. Abordamos a metodologia utilizada, a metodologia de projeto, de como realizámos o diagnóstico de situação e de qual o método de estudo e fontes de dados utilizadas, assim como as técnicas e instrumentos de recolha de dados. Resumidamente, recorremos à realização de entrevistas semiestruturadas aos enfermeiros da Unidade de Internamento, médicos que acompanham as adolescentes com anorexia nervosa em ambulatório e adolescentes com anorexia nervosa, já em ambulatório, e que passaram pela Unidade de Internamento.



Acrescentado ao cruzamento desta informação, realizámos o levantamento das intervenções de enfermagem de preparação para a alta nos processos clínicos de adolescentes com o diagnóstico de anorexia nervosa. Na análise e discussão dos dados pudemos constatar que é realizado um bom trabalho pela equipa de enfermagem na preparação da alta das adolescentes com anorexia nervosa. O que foi identificado como deficitário na intervenção e acompanhamento ocorreu no ambulatório. A partir deste ponto delineámos os objetivos da intervenção que planeámos estruturar e procedemos à análise e breve contextualização teórica das respostas terapêuticas a adolescentes com diagnóstico de anorexia nervosa. Com a informação fornecida pelas entrevistas e evidência proporcionada pela pesquisa bibliográfica, planeámos a realização de uma Consulta de Perturbações do Comportamento Alimentar, na qual estaria incluída a Consulta de Enfermagem de Perturbações do Comportamento Alimentar. Porém, os dados obtidos relativamente ao internamento não podiam não ser divulgados e, com esse intuito, planeámos uma sessão de formação em serviço na Unidade de Internamento para divulgação dos resultados. Qualquer intervenção exige uma avaliação e por esse motivo segue-se o planeamento da avaliação. Termina esta Parte I com uma reflexão sobre a divulgação dos resultados e com considerações éticas tidas durante a elaboração deste trabalho.

De seguida, apresentamos uma parte II, que incide na reflexão e análise crítica das competências de mestre em enfermagem de saúde mental e psiquiatria, de qual o caminho percorrido para adquirir cada uma delas. Concluímos com as considerações finais.

No final surgem os apêndices de suporte a algumas partes do trabalho, destacando o primeiro apêndice que é uma proposta de artigo para publicação sobre este trabalho.

Importante referir que as adolescentes estão sempre identificadas no feminino, não porque não haja adolescentes do sexo masculino com anorexia nervosa, mas pelo facto de a experiência em internamento e na realização das entrevistas apenas terem sido adolescentes do sexo feminino, relacionado também pela ocorrência de maior incidência desta doença nas raparigas.

Na elaboração deste trabalho foram seguidas as normas da APA (American Psychological Association).



## **PARTE I: PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO**



# 1. PROBLEMÁTICA

A Anorexia Nervosa inicia-se, normalmente, durante a adolescência, às vezes mais cedo, sendo menos comum durante a fase adulta (Gentile, 2010). Ocorre em todos os estratos sociais e culturais, tendo maior incidência nos países ocidentais. São maioritariamente mulheres, afetando 5-8% de homens. Na faixa etária mais jovem, em sociedades desenvolvidas, o risco de desenvolvimento de anorexia é 1%, estando a mortalidade estimada em 6% por década (Gentile, 2010, p. 186). Em Portugal, a prevalência de anorexia nervosa no sexo feminino é de 0,6% e no sexo masculino 0,4%, segundo os estudos realizados por Pocinho em 2000, em jovens com idades compreendidas entre os 12 e os 22 anos (Nascimento, 2010).

Sendo a adolescência por si um fator de risco e verificando-se na prática que é nesta fase que prevalece a doença, também este trabalho incidiu nesta faixa etária. Adolescência é definida pela World Health Organization (2011) como sendo o período entre os 10 e os 19 anos, um período de mudanças físicas e psicológicas importantes, bem como de grandes mudanças nas interações e relações sociais. Nesta fase existem diversas tarefas a ser realizadas, entre elas a individuação e a separação dos progenitores, estabelecimento de relações com o grupo de pares, conquista de autonomia e assunção de um corpo sexuado. Nem sempre estas tarefas são fáceis de realizar, podendo surgir a anorexia como sintoma das dificuldades encontradas. A adolescência surge como uma fase de transição, de ambivalência entre crescer e não crescer. Citando Fleming (2005, p. 29) “o adolescente precisa de se sentir ligado aos pais por um sistema vincutivo seguro para poder levar a cabo a sua separação-individuação”. Necessita de sentir a segurança de um porto seguro ao qual pode recorrer quando experimenta voar, ousar, descobrir o mundo exterior. As mudanças resultantes da adolescência são sentidas como “forças exteriores, que ela não identifica nem aceita como fazendo parte do seu desenvolvimento natural (...) e sente-se impotente para controlar essas mudanças do seu corpo” (Byrne, 2001, p. 36). Segundo Preto (1995) citado por Oliveira (2004, p. 33) “os adolescentes devem realizar duas tarefas aparentemente controversas: estabelecimento de autonomia frente à família e manutenção de um vínculo, agora modificado, com ela”. Esta psicóloga refere ainda que as necessidades psicológicas básicas do adolescente são: aceitação, realização, afeto e pertença (*idem*, p. 43). E, como será abordado mais à frente, a maior parte das vezes, as

adolescentes com anorexia nervosa vêm todas estas necessidades comprometidas no seu íntimo. Esta é também uma fase em que os pais se aproximam da meia idade, estando em reflexão sobre as suas satisfações e insatisfações pessoais, profissionais e conjugais. Relembra ainda a sua adolescência, assim como se preocupam com os seus pais que provavelmente se encontrarão em fase de declínio.

Segundo a Direção da Área de Psiquiatria da Infância e Adolescência e as chefias da Unidade de Internamento, local da realização do estágio, o internamento de crianças e adolescentes com perturbação do comportamento alimentar – anorexia nervosa tem sido cada vez mais frequente. Para além do aumento do número de internamentos, têm vindo a agravar-se os critérios de internamento, assim como a patologia se tem verificado em idades mais precoces. A intervenção terapêutica nesta doença é complexa, morosa e exige uma intervenção multidisciplinar.

Dada a evidência de um maior número de internamentos de adolescentes com anorexia nervosa, assim como o agravamento da doença, levou a que surgisse a necessidade de refletirmos sobre esta problemática. Compreender como se desenvolve a doença, quais as intervenções terapêuticas ajustadas e quais as mais eficazes e eficientes. E, em consequência deste querer saber, emergiu a necessidade de compreensão da adequação da resposta terapêutica proporcionada na Unidade de Internamento às adolescentes com esta patologia. Deste modo, pretendemos compreender como sentem as adolescentes com anorexia nervosa a transição do internamento para o ambulatório, assim como o que consideram que deveria ser melhorado na resposta terapêutica em internamento, por forma a melhor as preparar para a alta.

## **2. LOCAL DE ESTÁGIO**

O Estágio do Trabalho Projecto foi realizado numa Unidade de Internamento de Psiquiatria da Infância e Adolescência de um Hospital da zona centro/sul do país. A Unidade de Internamento faz parte da Área da Psiquiatria da Infância e Adolescência, Área que é constituída, para além do Internamento, por 5 equipas de ambulatório diferenciadas pela idade de atendimento e/ou pelo tipo de intervenção. A Unidade de Internamento, com lotação de dez camas, dá resposta a uma área geográfica muito abrangente. Recebe crianças e adolescentes de todas as idades, maioritariamente entre os 8-16 anos, com patologia aguda ou subaguda. A Equipa é multidisciplinar (pedopsiquiatras, enfermeiros, terapeuta ocupacional, assistente social, psicólogos clínicos), tendo cada criança/jovem um pedopsiquiatra e um enfermeiro de referência, estando disponíveis outros técnicos para apoiar/intervir nas respostas necessárias a cada caso.

O internamento de crianças e adolescentes com perturbação do comportamento alimentar – anorexia nervosa do tipo restritivo, como referido anteriormente, tem sido cada vez mais frequente. O internamento destas jovens segue um plano por etapas. Este plano consiste numa intervenção cognitivo-comportamental em que determinado aumento ponderal corresponde a uma conquista. Estas conquistas passam pelo contacto com o exterior através de telefonemas e posteriormente de visitas, participação em atividades que incluam alimentos (culinária), possibilidade de realizar atividades com esforço, passeios pelo exterior e, por último, almoço terapêutico, licença de ensaio e alta. Estes internamentos são longos, entre 1 e 2 meses. É feita a separação dos familiares e de todo o ambiente externo, elaborado o plano por etapas e a Equipa desenvolve o seu trabalho sempre no sentido da preparação para a alta. É realizado acompanhamento familiar semanal ou bissemanal e acompanhamento individual. Fazem parte da Equipa que normalmente acompanha estas jovens: enfermeiro, pedopsiquiatra, psicóloga, dietista e pediatra. Após a alta, algumas destas jovens seguem para as consultas externas de pedopsiquiatria da área de residência e uma fatia muito pequena pertence à área de residência do Hospital.

O internamento neste tipo de patologia pode ser programado ou de urgência conforme critérios que desenvolveremos mais à frente neste trabalho. Existe um modelo de

resposta terapêutica na Unidade de Internamento que, naturalmente vai sendo adaptado às necessidades e particularidades de cada adolescente. No entanto, é necessário olhar de fora para todo o processo de intervenção desde a admissão à alta e identificar necessidades de melhoria na resposta dada por forma a que a alta possa ser o mais precoce possível, diminuindo ainda a probabilidade de um reinternamento.



### **3. QUESTÃO DE PARTIDA**

A questão de partida que norteou todo o trabalho de projeto foi:

- *Como decorre o processo de transição do internamento para o ambulatório?*



## 4. OBJETIVOS

O grande objetivo do estudo foi responder à questão de partida que naturalmente engloba vários objetivos concretos, nomeadamente:

- Compreender como sentem as adolescentes com anorexia nervosa o processo de transição do internamento para o ambulatório;
- Identificar dificuldades, receios, medos por parte das adolescentes com anorexia nervosa no momento da alta clínica do internamento;
- Identificar as principais dificuldades/preocupações das adolescentes com anorexia nervosa no ambulatório;
- Conhecer qual a perspetiva dos enfermeiros do internamento relativamente à preparação das adolescentes com anorexia nervosa para a alta do internamento;
- Identificar quais as principais dificuldades que os enfermeiros do internamento perspetivam que as adolescentes com anorexia nervosa têm no ambulatório, após a alta do internamento;
- Enumerar as intervenções que os enfermeiros realizam com o intuito de responder às necessidades de preparação para a alta das adolescentes com anorexia nervosa;
- Compreender a perspetiva que os médicos em ambulatório têm sobre a preparação das adolescentes com anorexia nervosa para a alta do internamento;
- Enumerar as dificuldades que os médicos no ambulatório identificam que as adolescentes com anorexia nervosa sentem;
- Compreender se os médicos do ambulatório consideram que conseguem responder às dificuldades que as adolescentes com anorexia nervosa sentem;
- Analisar a problemática nas várias perspetivas (adolescentes/profissionais de saúde/internamento/ambulatório) com o intuito de responder à questão de partida.



## 5. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

### 5.1. Uma prisão chamada Anorexia Nervosa

*"I don't know the first time I felt unbeautiful  
The day I chose not to eat  
What I do know is how I changed my life forever"*  
Courage – Superchick, 2006

A prisão a um corpo, a uma imagem, a uma vida... A Anorexia Nervosa não é uma doença dos dias de hoje, é já descrita desde o século XVII. Foi pela primeira vez relatada de forma científica em 1694 por Morton, médico inglês, que lhe chamou caquexia nervosa. Mais tarde, em 1873, William Gull, em Inglaterra e Charles Lasègne, em França, descreveram-na como Anorexia. Lasègne entendia que a anorexia deveria ser compreendida no campo da histeria – anorexia histérica – e Gull defendia que estava relacionada a aspetos constitucionais, “nervosos” – anorexia nervosa (Bouça, 2000; Strecht, 2003). Em 1885 Charcot reconhece na Anorexia, a que chama mental, “um sintoma da histeria e inaugura o método terapêutico do isolamento da família” (Bouça, 2000, p. 136). Hilde Bruch (1973; 1974) analisa a perturbação na linha da teoria das relações objetais e, Palazzoli (1974) e Minuchin *et al.* (1978), dão uma orientação sistémica (Dias, 2007, p. 78). Bruch (1973) apresentou uma leitura inovadora da influência das relações familiares, especificamente de dificuldades na interação mãe-filha, no desenvolvimento das PCA, como havendo uma imposição, por parte da mãe, do seu conceito de necessidades infantis, impedindo a diferenciação dos impulsos e necessidades da criança (Dias, 2007). Palazzoli (1974) propôs “um modelo do processo anoréctico na família” (*idem*, p. 79). Este modelo enfatiza os problemas de comunicação e de evitamento de responsabilidades, conduzindo à “realização de coligações secretas por parte da paciente com diferentes membros da família” (*ibidem*). Minuchin e colaboradores (1978) referiam que “a família anoréctica é caracterizada pela aglutinação, sobreprotecção, evitamento de conflito e pela co-indução da filha anoréctica para alianças destrutivas com um dos pais” (Dias, 2007, p. 80). Swift e Stern (1982) acrescentaram que “a filha demonstra incapacidade para desenvolver autonomia em relação às figuras parentais, fruto da elevada

intrusividade parental e de um controlo excessivo” (*idem*, p. 78). Não esquecendo o contributo de Freud (1893) de que “o acto de se alimentar, nestas doentes, está ligado desde a infância a memórias conflituais, cuja carga afectiva não diminuiu com o tempo” (Bouça, 2000, p. 136).

Importante salientar que a natureza psicogénica da anorexia foi posta em causa em 1914 por Morris Simmonds, patologista alemão, quando relatou um caso de uma mulher muito emagrecida com causa na destruição hipofisária. Durante décadas a anorexia nervosa ficou confundida com casos de hipopituitarismo (Roma Torres, 1986 cit. por Nascimento, 2010). Em Portugal, um psiquiatra de Coimbra, Elysio de Moura (1947), descreveu, exaustivamente na sua dissertação, o quadro clínico da anorexia nervosa. E, é a partir dos anos 70 que se desenvolve de forma importante a investigação e a clínica na anorexia nervosa. Os grandes impulsionadores foram Hilde Bruch, Arthur Crisp e Gerald Russel. Bruch deu ênfase à perturbação da imagem corporal, Crisp salientou a fobia do peso, relacionando-a com “as dificuldades psicológicas de encarar as transformações maturativas da puberdade e da adolescência” (Nascimento, 2010). Bruch propôs que a recusa alimentar era representada através da luta pela autonomia, competência, controlo e respeito por si próprias. Salienta ainda a importância da dinâmica familiar e dos conflitos relacionados com a separação e individuação. Russel deu importância ao medo de engordar como o ponto central da psicopatologia, estabelecendo mais tarde critérios de diagnóstico. Esteve também, a partir de 1987, a coordenar importantes estudos de terapia familiar no Hospital de Maudsley, em Londres (Nascimento, 2010).

## **5.2. Pensando no seu surgimento...**

*“Tornar-se a diferença entre o ser e o não ser.*

*E tornar-se a sua solução para ser”*

(Duker e Slade, 2005, p. 178)

Antigamente a psiquiatria investigava a forma de o sujeito retornar ao padrão saudável de peso e corpo, enquanto que a psicanálise analisava os processos causadores do sintoma. A partir daqui surgiu um grande investimento na identificação das causas da

anorexia nervosa, que hoje se sabe multifatorial. Nomeiam-se fatores genéticos, familiares, sociais, ambientais, desenvolvimentais. Nilsson e seus colaboradores (2007) realizaram um estudo qualitativo no qual questionaram os doentes com anorexia nervosa de quais as causas que eles acreditavam como desencadeantes da doença. As causas identificadas foram atribuídas a questões pessoais, familiares e sócio-culturais. Santana e seus colaboradores (2012), numa revisão da literatura sobre a epidemiologia e os fatores de risco nos transtornos alimentares na adolescência, chegaram à conclusão que são vários os fatores que determinam o aparecimento da doença contudo, não há consenso de como interagem no desenvolvimento da mesma. Sampaio (1998, p. 114) refere que existem fatores hereditários: “os familiares do 1.º grau das doentes com AN e BN têm um risco de contrair essas doenças 6 a 10 vezes maior do que a população geral; e gémeos verdadeiros, mesmo vivendo separados, têm tendência a sofrer ambos de AN”. Gentile (2010) defende uma etiologia com determinantes predispostos que incluem traços de personalidade de perfeccionismo, compulsividade, transtornos da ansiedade, história familiar de ansiedade e obesidade, como influências familiares e genéticas. Refere ainda que é frequente coexistirem transtornos obsessivo-compulsivos, depressão major, distímia e transtornos da ansiedade, sendo os principais fatores precipitantes a puberdade, dietas excessivas e acontecimentos de vida como a morte de um familiar. A Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists Clinical Practice Guidelines Team for Anorexia Nervosa (2004) definiu como fatores de risco para a anorexia nervosa: história familiar (perturbação alimentar, obesidade parental, dietas restritivas, interesse por comida, aparência ou peso); história pessoal (insatisfação com o corpo, dieta restritiva, obesidade infantil, menarca precoce  $\leq 12$  anos, depressão, abuso ou dependência de substâncias, perturbação obsessiva-compulsiva, ansiedade, eventos de vida adversos); características pessoais (perfeccionismo ou traços obsessivos, alexitimia e baixa autoestima); outros (género feminino e um lugar social que enfatize a aparência). Fonseca (2011, p. 203) enumera os fatores de risco na adolescência idênticos aos anteriormente referidos: “sexo feminino, as dietas repetidas, o temperamento perfeccionista, ser um maturador precoce, ter sido alvo de comentários desagradáveis relacionados com o peso, baixa autoestima, história de lutos ou perdas, disfunção familiar”. No Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 (MS-CNSM, 2009) são identificados como fatores de risco: o contacto ou desejo de pertencer a grupos onde exista um ideal de magreza (bailarinas, modelos), grande preocupação com a aparência,

traços obsessivos de personalidade e história familiar de anorexia nervosa. Santana *et al.* (2012) abordaram também os fatores socioculturais, nomeadamente: pressão sociocultural sobre o peso, a influência dos meios de comunicação, das relações interpessoais e os aspetos transculturais. Importante salientar que é fundamental para a compreensão desta patologia a natureza interativa entre os diversos fatores de risco: precipitantes, de manutenção e de proteção para a perturbação (Nascimento, 2010). No DSM-V (APA, 2013) são descritos como fatores de risco e prognóstico: *temperamento* (indivíduos que desenvolvem transtornos de ansiedade ou mostram traços obsessivos na infância estão em maior risco de desenvolver anorexia nervosa), *ambiente* (em culturas em que a magreza é valorizada ou ocupações em que a magreza é incentivada), *fatores psíquicos e genéticas* (há um aumento do risco de anorexia nervosa e bulimia nervosa entre os parentes biológicos de primeiro grau com o mesmo transtorno. O aumento do risco de distúrbios bipolares e depressivos também foi encontrado entre parentes de primeiro grau de indivíduos com anorexia nervosa, particularmente parentes de indivíduos com o tipo compulsivo/purgativo. Os índices de concordância para anorexia nervosa em gémeos monozigóticos é significativamente maior do que aqueles para os gémeos dizigóticos).

### **5.3. Que prisão é esta? – definição, complicações e comorbilidades**

*“fecharam-se todas as portas do corpo, a cabeça venceu,  
o corpo vai desaparecendo. Haverá maior perfeição?”*

(Abreu, 2007, p. 67)

A Anorexia Nervosa é uma perturbação grave que, pelas suas características pode colocar a vida em risco. Caracteriza-se por um emagrecimento excessivo, uma preocupação excessiva com o peso, com o medo de engordar e por uma completa ausência de crítica sobre a doença. Pereña (2007, p. 529) citado por Cañete, Vitalle e Silva (2008, p. 382) refere que na anorexia “a vida e o corpo separam-se um do outro, há uma ruptura entre a necessidade e a demanda, levando a um desequilíbrio na vida instintiva”, como “uma forma de suicídio lento, disfarçado de múltiplas formas” (Delaroche, 2006, p. 101).



Ao longo dos tempos foram surgindo vários critérios de diagnóstico. Dally e Sargent (1966) foram os primeiros autores a proporem critérios de diagnóstico de anorexia nervosa, dando ênfase à perda de peso, à ausência de outra doença psiquiátrica, e à presença de amenorreia (Roma-Torres, 1986 cit. por Nascimento, 2010, p. 35). Em 1970, Russell propôs a atualização dos critérios acrescentando o medo de engordar, não atribuindo uma percentagem de peso perdida, assim como não definindo a idade de aparecimento da doença (Roma-Torres, 1986 cit. por Nascimento, 2010, p. 35). Dois anos mais tarde, Feighner (1972) completa um pouco mais os critérios de diagnóstico, voltando a atribuir importância à idade, antes dos 25 anos, define uma percentagem de perda de peso, assim como salienta a negação da doença, passando ainda pela exclusão de outra doença física ou psíquica, abordando também algumas das alterações físicas que a doença pode manifestar (Rajah, 2001 cit. por Nascimento, 2010, p. 36). Em 1980, a anorexia nervosa passa a ser classificada no DSM-III, que foi revisto e completado em 1993, no DSM-III-R. Em 1994, no DSM-IV, a anorexia nervosa é subdividida em dois tipos, tipo restritivo e tipo purgativo. Atualmente, no DSM -V, a Anorexia Nervosa está inserida nas Perturbações do Comportamento Alimentar, juntamente com outras perturbações, tais como a Bulimia Nervosa e o Binge-Eating, entre outras. A American Psychological Association caracteriza a anorexia nervosa como “recusa em manter um peso corporal normal mínimo, do medo intenso em ganhar peso e da significativa perturbação da percepção do tamanho e das formas corporais” (APA, 2002, p. 583). São os critérios de diagnóstico da anorexia nervosa (APA, 2013, p. 338-339):

a) “Restriction of energy intake relative to requirements, leading to a significantly low body weight in the context of age, sex, developmental trajectory, and physical health. significantly low weight is defined as a weight that is less than minimally normal or, for children and adolescents, less than that minimally expected”

b) “Intense fear of gain weight or of becoming fat, or persistent behavior that interferes with gain, even though at a significantly low weight”

c) “Disturbance in the way which one’s body weight or shape is experienced, undue influence of body weight or shape on self-evaluation, or persistent lack of recognition of the seriousness of the current low body weight”.

A Anorexia Nervosa mantém a distinção em dois tipos, restritiva e compulsiva/purgativa. A Anorexia Nervosa Tipo Compulsiva/Tipo Purgativa é caracterizada por comportamentos bulímicos ou purgativos (vômitos ou abuso de laxantes, diuréticos e enemas), durante os últimos 3 meses (APA, 2013). A Anorexia Nervosa Tipo Restritiva, segundo a APA (2013), implica que o indivíduo induza a perda de peso através de dieta, jejum ou exercício físico, durante os 3 últimos meses. Gerando esta dieta restritiva para perder peso “pelo seu simbolismo de auto-controlo, uma tensão de poder e vitória pessoal, por estar a ser vencida uma necessidade básica do corpo. Este sentimento de força invencível capaz de vencer a fome, dá aos doentes uma sensação de exaltação do humor e do afecto que preenche um espaço interno vazio e fraco” (Sampaio *et al.*, 1999, p. 93). Machado e Machado (s.d., p. 129) interpretam a fome como uma “ameaça ao auto-controlo e a saciação como falha em controlar-se”, uma vez que estas jovens demonstram uma grande necessidade de controlo. Usam o corpo como base para satisfazer necessidades, desejos, proibições e condenações (Cobelo, Saikali e Schomer, 2004, p. 187). Braconnier (2007, p. 240) diria que existe uma “percepção deformada, por vezes quase delirante, da imagem do corpo, com uma negação do emagrecimento e um receio duradouro de ser gordo”, acrescentando Arantes (2010, p. 1) que “a anoréxica cria um poder para renegar ajuda, tendo para si a doença como um padrão normal”.

A World Health Organization (1993) tem em vigência e de forma sustentada critérios para a Anorexia Nervosa na CID – 10:

- a) Perda de peso ou, em crianças, falta de ganho ponderal, levando a um peso corporal menos 15% inferior ao normal ou ao peso esperado para a idade e altura
- b) A perda de peso é auto-induzida pelo evitamento de “comidas que engordem”
- c) Existe auto-percepção de se ser muito gordo, acompanhada de um medo intrusivo de engordar, que leva à auto-imposição para atingir um determinado peso baixo
- d) Uma perturbação endócrina que envolve o eixo hipotalâmico-pituitário-gonadal é manifestada nas mulheres como amenorreia e nos homens pela perda do interesse e potência sexuais. (Uma exceção é a persistência de hemorragia vaginal nas

mulheres anoréticas que estão em terapia de substituição hormonal, tido habitualmente com um contraceptivo oral)

- e) A perturbação não preenche os critérios A e B para a Bulimia Nervosa.

Como foi referido, com a anorexia surgem sintomas psicológicos específicos, assim como tem repercussões físicas importantes, nomeadamente grandes alterações metabólicas e hidroelectrolíticas, tais como: bradicardia, hipotensão, hipotermia, atrofia cerebral difusa, edema periférico (tornozelos e periorbital), alterações cardíacas, alterações renais, anemia, esvaziamento gástrico lentificado, dilatação gástrica, diminuição dos ruídos intestinais, hipercolesterolemia, hipoglicemia, aumento das enzimas hepáticas, alterações endocrinológicas, amenorreia, osteopenia ou osteoporose, acrocianose, extremidades frias, lanugo, queda do cabelo, unhas quebradiças, pele seca, branca e amarelada nas palmas das mãos, pele facilmente macerada, irritabilidade, apatia, dificuldade na concentração, alterações do humor, palpitações, deficiências de micronutrientes, entre outros [Assumpção e Cabral (2002); Fairburn e Harrison (2003); Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists Clinical Practice Guidelines Team for Anorexia Nervosa (2004); Gentile (2010); Mehler, Birmingham, Crow e Jahraus (2010); Fonseca (2011); Winston (2012)]. Segundo Fleitlich e seus colaboradores (2000), a depressão é o diagnóstico co-existente mais comum. São referidos também perturbação da ansiedade, fobia social e perturbação obsessivo-compulsiva. Já Salbach-Andrae e seus colaboradores (2008), num estudo sobre comorbilidades nas adolescentes, chegaram à conclusão de que as comorbilidades mais presentes eram maioritariamente perturbações do humor (60,4%), seguindo-se a perturbação da ansiedade sem perturbação obsessiva-compulsiva, sendo posteriormente o uso de substâncias (Sim *et al.*, 2010). Halvorsen, Andersen e Heyerdahl (2004) debruçaram-se sobre o pós-alta do tratamento de crianças/adolescentes com anorexia nervosa. No *follow-up* realizado, a grande maioria (82%) já não possuía nenhuma doença do comportamento alimentar. Contudo, uma grande parte (41%) tinha um ou mais diagnósticos psiquiátricos, sendo os mais frequentes depressão e ansiedade. O risco de suicídio é elevado na anorexia nervosa, 12 em cada 100 000 casos por ano, acrescentado ao facto de poderem existir mortes associadas a complicações médicas da anorexia nervosa. Segundo a APA (2013), a taxa de mortalidade na anorexia nervosa é de 5% por década.

## 5.4. Por detrás de um diagnóstico

*“Doce cantilena  
Verso de embalar  
Volto a ser pequena  
Quero minguar*

*Crescer custa  
Custa muito  
E ser grande*

*Não compensa  
Ganhei asas  
Perdi penas*

*Esticam pernas  
Crescem braços  
Pés, cabelos  
Mãos e pêlos e eu  
Sinto-me à toa  
por dentro”*

Velho bebê - Clã

Não é difícil diagnosticar a Anorexia Nervosa, mais difícil é compreender o que possa ter levado uma jovem a deixar de comer, não só o porquê, mas para quê. E, a maior parte das vezes, esse motivo é inconsciente e só se consegue compreender após um longo acompanhamento destas jovens. Como abordado anteriormente, a adolescência é uma fase desafiadora na qual as adolescentes se sentem “(...) à toa/por dentro”, fase em que “crescer custa/custa muito/E ser grande/Não compensa”. Desafios gigantes que podem potenciar o desenvolvimento da doença.

Várias são as teorias que tentam explicar como determinadas vivências podem concorrer para o desenvolvimento da Anorexia Nervosa. Não se excluem, contrariamente complementam-se. Braconnier (2007, p. 238-239) enumera quatro modelos explicativos: um centrado no estudo das interações alimentares precoces mãe/bebê e, posteriormente nas interações família/criança, afirmando que “as aprendizagens precoces enganadoras não permitiram que o lactente, mais tarde criança e adolescente, reconhecessem as necessidades do seu corpo” (*idem*, p. 238). Um segundo centrado na problemática da imagem do corpo e do lugar da sexualidade na fase da adolescência; um terceiro que se

afirma como um modelo de compreensão “fantasmática psicanalítica sincrónica” (*ibidem*, p. 238), em que é descrita uma organização fantasmática particular própria da anorexia mental. Kestemberg e colaboradores, citados por Braconnier (2007) acrescentam que é como se a anorexia estivesse próxima da neurose de carácter e, por outro lado, lembrando certas estruturas psicóticas da personalidade. O quarto modelo estando em torno do conflito ligado à dependência, numa procura inconsciente de “neo-objects” (Jeammet e Corcos, 2001 cit. por Braconnier, 2007, p. 239).

Tal como mencionado anteriormente, a relação mãe/bebê tem uma importância primordial no desenvolvimento do bebê e posteriormente da criança. Há que salientar o contributo de outros autores nesta temática, nomeadamente Refosco e Macedo (2010, p. 74) que salientam que “a situação de indiferenciação bebê/mãe, própria dos primeiros tempos de vida da criança, é mantida”, levando a uma ausência de limites e barreiras na relação dual, tal como também defende Townsend (2002, p. 546) ao afirmar que essa ausência de limites leva a um atraso no “desenvolvimento do ego na criança e um sentimento da não realização da separação-individação”. Vieira (2008, p. 648) enaltece a visão de Lacan (1956-57), citando-o: “a anorexia mental não é um não comer, mas um comer nada”, “nada é justamente algo que existe no plano simbólico”, sendo o nada a ausência da mãe de quem é dependente. Fuks e Campos (2010, p. 46) defendem a mesma ideia acrescentando que a jovem com anorexia “come o nada e se oferece, pela via da identificação, ela mesma a ser esse vazio”, trazendo ainda a reflexão de Recalcati (2003), de que o corpo da jovem anorética se transforma num “semicadáver, se consome, mas apenas para abrir no Outro materno uma falta” (Fuks e Campos, 2010, p. 46-47). Rusca (2003) cit. por Cañete, Vitalle e Silva (2008, p. 382) nesse mesmo sentido afirma que “o alimento é o primeiro meio de comunicação mãe e bebê, e recusá-lo pode ser uma forma de rejeitar os laços físicos e psicológicos com a mãe: pode ser um caminho para romper o cordão umbilical”. Não tendo sido feita esta separação-individação enquanto bebê, mais difícil vai ser realizá-la na adolescência. Cañete, Vitalle e Silva (2008, p. 382) salientam que “no processo de individuação a quebra da relação simbiótica mãe-filha é lenta e se desenvolve à medida que surgem a consciência de si e do desejo, coincidindo com a noção de não ser parte da mãe, mas sim uma entidade autónoma”. Como referido, este é um processo lento e difícil, não só para a adolescente, mas também para a mãe. A jovem adolescente quer ganhar a sua autonomia, quer separar-se das figuras parentais, mais

especificamente da mãe e, por vezes, a alimentação é a única via que encontra para “proporcionar sentimentos de controlo sobre a própria vida” (Townsend, 2002, p. 546).

Como abordado, há autores que defendem uma visão mais sistémica, englobando a família no aparecimento e manutenção da anorexia. São descritas, maioritariamente, famílias com uma mãe dominadora, um pai passivo e permissivo, uma criança/jovem dependente. Famílias protetoras, unidas, aparentemente funcionais, sem conflitos (Micucci, 1998). Acrescentando Townsend (2002, p. 546) que, nestas famílias, é atribuído “um alto valor de perfeccionismo nessa família e a criança sente que tem de satisfazer esses padrões”. O modelo construtivista desenvolvimental de Guidano e Liotti (1991) revela que o estilo de prestação de cuidados dos pais caracteriza-se pela “ambiguidade, indefinição e contradição” (Dias, 2007, p. 82), estando estes “mais preocupados em obter uma confirmação desta imagem pelos outros, do que propriamente satisfazerem as necessidades concretas de carinho e suporte emocional dos seus filhos” (*idem*). O jovem com anorexia passa a ser o paciente identificado, tendo cada membro da família um relacionamento específico com a doença, estando as interações entre os membros em torno da comida, do problema de comportamento alimentar, dominando assim as relações familiares e sociais (Treasure *et al.*, 2008, p. 248). Por vezes existem conflitos conjugais associados, sendo necessário manter o problema do comportamento alimentar como o grande problema da família, encobrindo assim o conflito conjugal, como que adiando-o.

Minuchin *et al.* (1978) verificou que existiam determinados padrões transacionais comuns nas famílias psicossomáticas, nas quais incluiu a anorexia nervosa. Destacou quatro características que estas famílias evidenciavam (Micucci, 1998):

- *Aglutinação*: as relações são caracterizadas por serem demasiado próximas e intensas. Funcionam numa unidade única, com fronteiras rígidas, com uma diferenciação individual pobre, dificultando a autonomia dos membros da família;
- *Superproteção*: existe uma preocupação e proteção exagerada entre os membros da família, comprometendo a autonomia dos membros e reforçando a interdependência entre eles;

- *Rigidez*: são famílias com muita resistência à mudança. A adolescência por si impõe mudanças, uma alteração na estrutura familiar que não é bem aceite prejudicando desta forma a autonomia do adolescente;
- *Envolvimento do adolescente sintomático no conflito parental*: a atenção é depositada no filho doente, desfocando do conflito conjugal, aparentando que o único problema na família é a doença do adolescente.

Atualmente, os defensores da abordagem sistêmica nas perturbações do comportamento alimentar salientam que o foco deve ser no aqui e agora dos padrões de interação na família e não na interação precoce mãe-bebê (Micucci, 1998). Atualmente as famílias deixaram de ser vistas como desencadeadoras e promotoras da cronicidade da doença, para um lugar de relevante importância no tratamento (Grange *et al.*, 2010). A família deixa de ser considerada como “fonte etiológica da doença, e sim pela possibilidade de acolher o sofrimento e a angústia vividos pelo grupo familiar, que tem um dos seus membros sofrendo de anorexia nervosa” (Fleitch *et al.*, 2000, p. 328). Espíndola e Blay (2009) realizaram uma revisão sistemática sobre a percepção de familiares sobre anorexia e bulimia, chegando à conclusão de que os familiares possuem uma percepção confusa da doença, subestimam o problema, vêem a doença enquanto condição crônica e como uma estratégia de controle sobre a própria vida e sobre a vida dos outros. O contacto inicial com a doença é descrito como gerador de ansiedade e medo e, a sensação de incapacidade gera um sentimento de serem maus pais. Acrescentam ainda os autores que “a doença potencializa conflitos existentes e cria outros novos, desgastando os vínculos e infligindo dor psíquica. Neste cenário de impasses e mudanças, o sistema familiar necessita se reorganizar para enfrentar a realidade nova e se adaptar às condições de vida engendradas pela doença e pelo tratamento” (Espíndola e Blay, 2009, p. 714).

Palazzoli (1974), citada por Nascimento (2010), relata a importância dos problemas comunicacionais entre os membros do sistema familiar, tendo estes problemas como consequência o estabelecimento de coligações secretas e a incapacidade dos progenitores em assumir a liderança. Mais tarde, Palazzoli e Viaro (1988), citados por Nascimento (2010), descreveram a anorexia nervosa como um resultado de um processo que ocorre ao longo de seis etapas sucessivas afetando a organização familiar. Cada elemento da família desempenha um papel no sistema familiar e, no final das seis etapas,

etapas sucessivas de um processo de acompanhamento, a família apercebe-se do poder do sintoma e de como este influencia o comportamento do outro. Nesta sucessão de etapas é envolvida a noção de tempo, espaço, regras e estratégias. Em 1999, Palazzoli e colaboradores debruçaram-se mais sobre uma abordagem transgeracional, evocando as famílias de origem dos pais da jovem anorética como sendo importantes para o desenvolvimento da doença (Nascimento, 2010).

Relembrando, a posição da Academy for Eating Disorders realça a importância de as famílias serem envolvidas no tratamento de crianças e adolescentes com perturbação do comportamento alimentar. Este envolvimento deve ser estruturado e ajustado de família para família (Grange *et al.*, 2010). E, neste sentido, abordaremos, no próximo ponto deste trabalho, alguns modelos de intervenção familiar utilizados no estabelecimento de padrões de interação familiares mais saudáveis.

## **5.5. Padrões de conhecimento em enfermagem**

*“- Que só voa quem se atreve a fazê-lo – miou zorbas.  
- Suponho que agora te estorve a minha companhia. Espero-te lá em baixo –  
despediu-se o humano”*

Sepúlveda (2005, p. 121)

Que as adolescentes com anorexia nervosa restritiva se atrevam a voar mais autonomamente, em maior altitude e com maior segurança, é o grande objetivo. O enfermeiro, como enfermeiro suficientemente bom, acompanhará este voo estando disponível para acolher as vivências de quem experimenta a liberdade.

Pensarmos na resposta a dar à problemática em questão implica uma reflexão sobre o corpo de conhecimentos de enfermagem, as suas fronteiras e a sua área de abrangência, uma vez que só faz sentido considerar intervenções que se enquadrem dentro da área de competência dos enfermeiros. Em 1978, Barbara Carper, publicou um artigo de síntese da sua tese de doutoramento no qual defendeu que a prática de enfermagem “possui um corpo de conhecimentos organizado através de padrões que podem ser identificados na prática cotidiana da enfermagem” (Nascimento *et al.*, 1997, p. 11), sendo esses padrões



complementares e de igual importância. Identifica os tipos de conhecimento mais relevantes para a área de enfermagem: empírico, estético, conhecimento pessoal e ético. O *padrão empírico* é chamado por Carper de ciência da enfermagem, factual, descritivo e confirmável, fundamentando-se “no conhecimento produzido a partir da investigação empírica em enfermagem” (Nascimento *et al.*, 1997, p. 11). O *padrão estético* é considerado a arte da enfermagem, é “expressiva e envolve criação” (Nascimento *et al.*, 1997, p. 12). Esta arte é mais do que o conhecimento de técnicas, criatividade no cuidado do outro, é também “a capacidade de abstracção, no sentido de colocar-se no lugar do outro, percebendo o que é significativo no comportamento do paciente, transpondo assim a dicotómica relação sujeito-objecto” (Nascimento *et al.*, 1997, p. 12), efetivando-se na relação enfermeiro-paciente. Para Cestari (2003, p. 37), o conhecimento estético pode ser relacionado com “o saber como que permite trabalhar com os fenómenos não quantificáveis e com o que não pode ser explicado por leis e teorias. A intuição, a interpretação, a compreensão e o valor constituem os componentes centrais da estética”. O *padrão conhecimento pessoal* é definido por Carper como “uso terapêutico do eu” (Nascimento *et al.*, 1997, p. 12), realçando a necessidade de autoconhecimento da enfermeira para compreender o outro, “é o conhecimento de si mesmo que permite estabelecer um relacionamento autêntico e de reciprocidade com o outro” (Cestari, 2003, p. 37-38). O *padrão ético* compreende o conhecimento moral, responsabilidade e ética profissional, “envolve o exame e a avaliação do que é certo, errado, do que é bom, valioso e desejável nos objectivos finais e requer a compreensão das diferentes posições filosóficas sobre o que é bom, o que deveria ser desejado, o que é correto” (Cestari, 2003, p. 37). White (1995) introduziu mais um padrão, o *padrão sócio-político*. Este aborda o contexto no qual a enfermagem como profissão está inserida assim como o contexto sócio-político da população-alvo dos cuidados (Nascimento *et al.*, 1997, p. 13).

Na realidade estes padrões fundem-se. Imagine-se a relação terapêutica. O enfermeiro é detentor de um grande conhecimento de si que lhe permite identificar os fenómenos transferenciais existentes na relação e trabalhá-los (padrão conhecimento pessoal). Necessita de ter em mente um corpo teórico que lhe permita compreender o outro à luz desse corpo teórico, que lhe mapeie a intervenção a realizar (padrão empírico). Este momento que se está a descrever, a relação terapêutica, não é mais do que uma grande arte de flexibilidade, criatividade, disponibilidade, nesta troca recíproca e única (padrão

estético). Inevitavelmente a relação tem um contexto, profissional, que está norteado por direitos e deveres, éticos e morais que regem o enfermeiro enquanto pessoa e profissional (padrão ético). O contexto em que está a decorrer esta relação, em que cultura, em que tipo de serviço, juntamente com tudo o que o outro traz, a sua cultura, crenças, ideais constrói o padrão sócio-político.

Dentro do corpo de conhecimentos da enfermagem importa agora olhar para as áreas de competência da enfermagem de saúde mental. A enfermagem de saúde mental, no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental, define-se como focada “na promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental” (Regulamento n.º 129/2011, p. 8669). Sendo que o enfermeiro de saúde mental compreende “os processos de sofrimento, alteração e perturbação mental do cliente assim como as implicações para o seu projecto de vida, o potencial de recuperação e a forma como a saúde mental é afectada pelos factores contextuais” (*idem*). Como retratado anteriormente, as adolescentes com anorexia nervosa partilham um grande sofrimento nesta fase de transição que é a adolescência. Cabe ao enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental oferecer respostas que vão ao encontro da recuperação da saúde mental destas jovens assim como promover a continuidade da mesma. Assim sendo, o enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental assiste “a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na optimização da saúde mental”, apoiando “a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto” (*ibidem*, p. 8670).

## **5.6. Sob a visão da Teoria das Relações Interpessoais**

*“A enfermeira deve encorajar o paciente a reconhecer e explorar os seus sentimentos, pensamentos, emoções e comportamentos, proporcionando uma atmosfera sem críticas e um clima emocional terapêutico”*

Belcher e Fish (2000, p. 49)

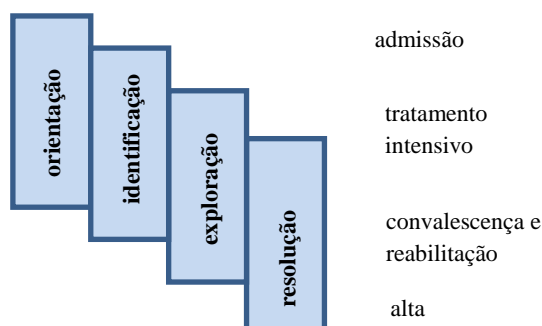
Refletindo na problemática em estudo emerge a relação entre o enfermeiro e as adolescentes como um fator fulcral na intervenção. Para melhor estruturar a intervenção do enfermeiro, importa compreender qual o seu papel nos diferentes estadios de doença da jovem com anorexia nervosa. Deste modo, recorreremos à Teoria das Relações Interpessoais de Hildgard Peplau (1952) que se baseia na relação, na interação enfermeiro-doente.

Howk (2004, p. 425) citando Peplau (1952) refere que esta teoria “deu às enfermeiras uma oportunidade de ensinar os doentes a experimentarem os seus sentimentos e de explorarem com os clientes como lidar com os seus sentimentos”. Menciona ainda a enfermagem como sendo “um processo interpessoal, significativo e terapêutico. Funciona em cooperação com outros processos humanos que tornam a saúde possível para os indivíduos nas comunidades” (*idem*, p. 428). Peplau identifica dois pressupostos sobre os quais a sua teoria assenta (Howk, 2004; Almeida, Lopes e Damasceno, 2005). O primeiro refere que a postura adotada pela enfermeira na prestação de cuidados interfere diretamente no doente como recetor dos cuidados de enfermagem. O segundo pressuposto menciona que é função da enfermeira o auxílio no desenvolvimento da personalidade e amadurecimento, utilizando princípios e métodos que orientam o processo no sentido da resolução de problemas interpessoais. Quando no primeiro pressuposto Peplau referencia a postura adotada pela enfermeira pretende aludir aos seis papéis que a enfermeira pode adotar quando em relação com o doente (Belcher e Fish, 2000; Howk, 2004; Almeida, Lopes e Damasceno, 2005). Sendo eles: papel de *estranha*, *pessoa de recurso*, *professora*, *líder*, *substituta* ou *conselheira*. Como *pessoa estranha* quando a enfermeira estabelece com o doente uma interação baseada no respeito e interesse pelo mesmo, considerando-o como emocionalmente capaz, sem fazer pré-conceitos ou emitir juízos de valor. Como *pessoa de recurso* quando presta informações sobre o estado de saúde, responde a questões concretas, ajudando o doente a compreender melhor a situação pela qual está a passar. O papel de *professora* quando transmite conhecimentos ao doente, assim como quando desenvolve conhecimentos e capacidades do mesmo. No papel de *líder* é importante ter em conta que é uma liderança democrática uma vez que a enfermeira ajuda o doente a atingir metas através de uma relação de cooperação e de participação ativa. No papel de *substituta* o doente vê a enfermeira como outra pessoa que ele conhece, num processo transferencial. Cabe à enfermeira auxiliá-lo na distinção entre a enfermeira e essa outra pessoa. No papel

de *conselheira* a enfermeira atende ao pedido do doente e consegue ajudá-lo na resolução de problemas apresentando-lhe técnicas e ferramentas disponíveis.

Peplau entende a enfermagem como sendo sistematizada e dirigida a uma meta que exige um percurso de fases e realizações que se produzem entre a enfermeira e o doente. Assim, o processo de relação interpessoal de enfermagem, segundo a teoria de Peplau (Figura n.º 1), desenvolve-se em quatro fases (Belcher e Fish, 2000; Howk, 2004; Lego, 1998; Merritt e Procter, 2010): orientação, identificação, exploração e resolução. Apesar de independentes, elas sobrepõem-se e ocorrem durante o tempo da relação.

**Figura n.º 1** – Sobreposição de fases na relação enfermeiro-paciente (traduzido e adaptado de Peplau, 1988, p. 21)



Durante a fase de *orientação* o doente e/ou família sente uma necessidade e por isso procura ajuda profissional. Inicia-se um relacionamento inicialmente mais distante e que, durante o caminhar convergente para se identificar o real problema, se torna mais forte. Na fase de *identificação* o doente responde, seletivamente, às pessoas que podem preencher as suas necessidades. A enfermeira permite a “exploração de sentimentos para ajudar o doente a passar pela doença como uma experiência que reorienta os sentimentos, fortalece as forças positivas da personalidade e fornece a satisfação necessária” (Howk, 2004, p. 426). A resposta à enfermeira ocorre em três etapas: participar com a enfermeira e ser independente dela; ser autónomo e independente da enfermeira ou ser passivo e dependente da enfermeira (Belcher e Fish, 2000, p. 48). Depois da relação entre o enfermeiro e o doente estar estabelecida, ambos procuram encontrar os caminhos a percorrer com o intuito de solucionar o problema. Na fase de *exploração* o doente percorre então os caminhos delineados, atingindo assim os objetivos planeados. Na última fase, fase

de *resolução*, dá-se a separação entre o enfermeiro e o doente. É necessário terminar a relação terapêutica devendo esta separação ser sentida por ambos como bem conseguida.

Olhando para o processo de relacionamento entre o enfermeiro e as adolescentes com anorexia nervosa, facilmente são identificadas as fases que Peplau descreve. A adolescente chega à Unidade a pedido da família, do médico assistente e, por vezes, da própria adolescente. É identificado o problema, na fase de orientação. São percorridas, durante o internamento, a fase de identificação, exploração e, na transição do internamento para o ambulatório é estabelecida a fase de resolução, de *terminus* da relação terapêutica. Em ambulatório o pedido é outro, o foco de intervenção também está mais clarificado e, os objetivos da intervenção vão também ser diferentes, como abordado no próximo capítulo. Contudo, todo o processo relacional se processa da mesma forma: identificação do foco do pedido, estabelecimento de estratégias visando a resolução do problema, concretização dessas mesmas estratégias, resolução do problema inicial, *terminus* da parceria com o enfermeiro implicando o fim da relação terapêutica.

Mais sentido faz olhar para os papéis que Peplau identificou como papéis da enfermeira na relação com o doente e cruzá-los com o que são os papéis que a enfermeira estabelece com estas adolescentes durante a relação, durante o processo terapêutico. Facilmente é identificado o papel de estranha quando a enfermeira respeita e acredita no potencial da adolescente; papel de recurso quando se trabalha no sentido da adolescente ter consciência da sua problemática; papel de professora na transmissão de conhecimentos e no desenvolvimento de capacidades da adolescente, nomeadamente na aprendizagem de uma alimentação saudável; papel de líder no estabelecimento do plano terapêutico; papel de substituta quando a enfermeira utiliza os processos transferenciais da adolescente para os trabalhar com ela; papel de conselheira quando a enfermeira pensa, em conjunto com a adolescente, em estratégias para enfrentar os obstáculos. Estes papéis também se irão verificar certamente numa relação que se estabeleça a nível do ambulatório, entre a adolescente e a enfermeira. A relação interpessoal, terapêutica, é a base de todo o processo, é o verdadeiro instrumento de trabalho do enfermeiro. Da relação estabelecida entre o enfermeiro e a adolescente cria-se um “entre”. O enfermeiro traz algo de si para a relação, assim como a adolescente e, entre eles, forma-se este “entre” que é único e intransmissível. A força, a forma, a intensidade deste “entre” pode conduzir a adolescente à mudança. Para

o enfermeiro, por mais relações que estabeleça, nunca nenhuma delas vai ser igual à outra, são e serão sempre únicas.

## **5.7. Refletindo na Teoria das Transições de Afaf Meleis**

*“A passagem de um estado simbiótico com a mãe na infância precoce (Mahler, 1968) para um estado de diferenciação e autonomia pode ser considerada uma invariante no crescimento humano; porém, as condições em que essa passagem se processa conhece uma grande variabilidade consoante os diversos contextos em que decorre”*

Fleming (2004, p. 33)

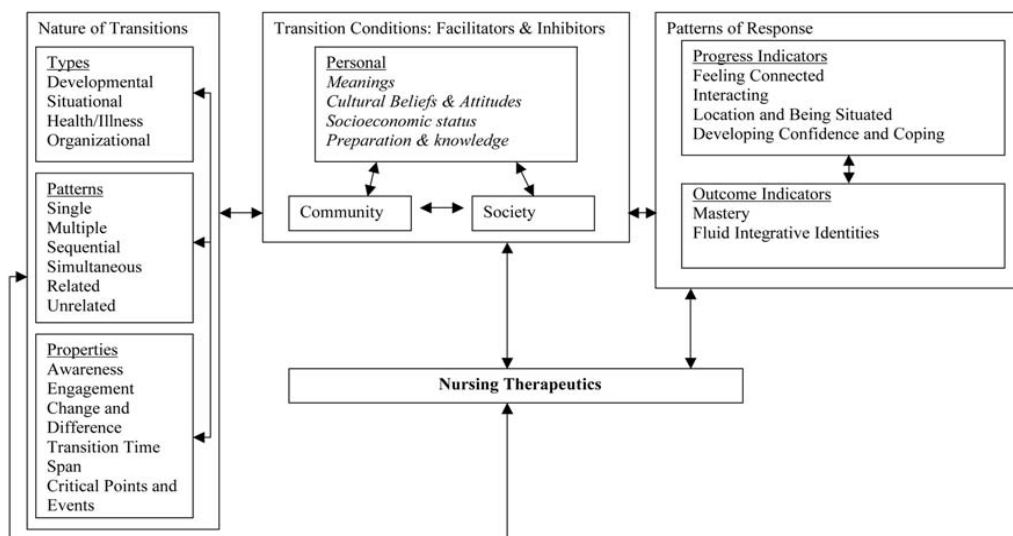
Ao longo da vida do indivíduo surgem diversos movimentos de mudança, individuais, familiares, do meio. Mudanças previstas, provocadas ou inesperadas. Mudanças que implicam a quebra de laços relacionais e implicam vulnerabilidade, fragilidade, instabilidade. Quando estas mudanças envolvem a passagem de um estadió para outro e a sua integração nesse novo estadió, denominam-se de transição. Desta forma, todas as transições incluem mudança, mas nem todas as mudanças são denominadas de transições.

A situação em estudo está repleta de transições, nomeadamente a fase da adolescência e a passagem do internamento para o ambulatório. Cada vez mais, as transições surgem como problema fundamental na enfermagem, área que tem sido alvo de reflexão por parte dos enfermeiros, já há algum tempo, como refere Meleis na sua teoria das transições.

Afaf Meleis considera a transição como um conceito central para a enfermagem dado o facto de os encontros entre o enfermeiro e o cliente ocorrerem maioritariamente durante períodos de transição e de grande instabilidade, proporcionados por mudanças no desenvolvimento e/ou no processo de saúde ou doença. Chick e Meleis (1986), no seu artigo, definiram como transição a passagem ou movimento de uma situação, condição ou de um lugar para outro. Consideram que a transição tem uma característica essencialmente positiva, uma vez que a pessoa, ao passar pelo evento, alcança uma maior maturidade e estabilidade ao que passou, isto é, a transição implica a adaptação e integração do novo

estadio. O cuidado de enfermagem, ao considerar todos estes indicadores, reforça a importância do conhecimento da transição, das suas consequências e circunstâncias. A transição terá mais sucesso ao conhecer-se antecipadamente: o que desencadeia a mudança, a antecipação do evento, a preparação para mover-se dentro da mudança, a possibilidade de várias transições acontecerem ao mesmo tempo. Schumacher e Meleis (1994) realizaram uma revisão teórica sobre transições, evidenciando a multiplicidade de transições existentes. Mais tarde, Meleis em conjunto com os seus colaboradores (2000), desenvolve a sua teoria de médio alcance cujo modelo é focalizado nos processos transacionais a que o ser humano está sujeito durante todo o seu ciclo vital. Procura desta forma descrever, compreender e interpretar ou explicar os fenómenos específicos da enfermagem que refletem e emergem da prática. Os conceitos da sua teoria (Figura n.º 2) são: tipos e padrões de transição, propriedades das experiências de transição, condições de transição (facilitadoras e inibidoras), indicadores de processo, indicadores de resultado e enfermagem terapêutica (Meleis *et al.*, 2000).

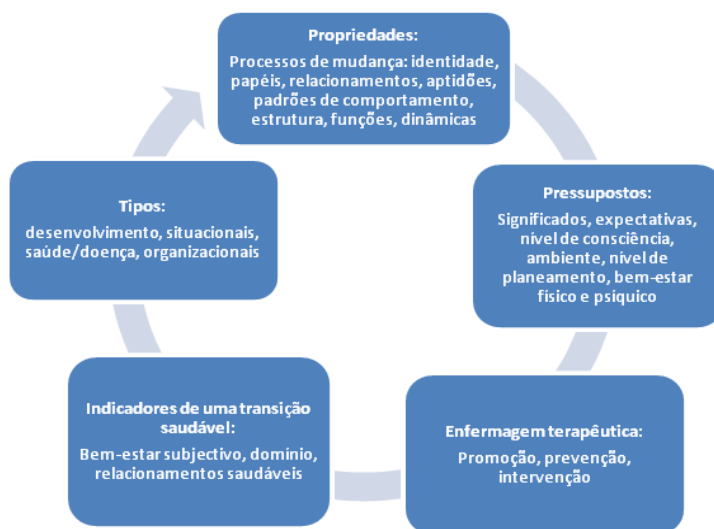
**Figura n.º 2** - Transições: Teoria de médio alcance (Meleis *et al.*, 2000, p. 17)



Os tipos de transição, que podem ocorrer em simultâneo, podem ser (Figuras n.º 2 e 3): de desenvolvimento, saúde para doença, situacional (Chick e Meleis, 1986) e organizacional (Schumacher e Meleis, 1994). As transições de desenvolvimento incluem o nascimento, adolescência, menopausa, envelhecimento e a morte. Nas transições entre a saúde e a doença são incluídos os processos de recuperação, alta hospitalar e o diagnóstico de uma doença crónica (Meleis & Trangenstein, 1994 citados por Im, 2010). As transições

situacionais incluem mudanças nas situações educativas ou nos papéis profissionais, como por exemplo a imigração (Schumacher e Meleis, 1994). As transições organizacionais são referentes à mudança das condições ambientais que afetam a vida dos clientes (*idem*).

**Figura n.º 3** - Modelo de Enfermagem sobre as transições (traduzido e adaptado de Schumacher e Meleis, 1994, p. 125)



As propriedades das experiências de transição incluem (Figura n.º 2): consciência, compromisso, mudança e diferença, intervalo de tempo e situações e eventos críticos (Meleis *et al.*, 2000). Consciência é definida como percepção, conhecimento e reconhecimento da experiência de transição e, o nível de consciência é frequentemente refletido no grau de congruência entre o que se sabe sobre o processo e respostas, e o que constitui um conjunto esperado de respostas e percepções dos indivíduos sujeitos a transições semelhantes. O compromisso refere-se ao grau de envolvimento no processo de transição. O nível de consciencialização influencia o nível de envolvimento e este pode não acontecer na ausência de consciencialização. As mudanças incluem a identidade, papéis, relacionamentos e aptidões. O intervalo de tempo é caracterizado como fluido e mutável ao longo do tempo. Situações e eventos críticos são marcos importantes como o nascimento, a morte, menopausa, ou o diagnóstico de uma doença (Meleis *et al.*, 2000 citados por Im, 2010).

As condições de transição são as circunstâncias que influenciam a forma como cada pessoa reage à transição e que podem facilitar ou impedir o progresso da transição. Incluem fatores pessoais, comunitários ou sociais (Figura n.º 2). De realçar as condições



pessoais, nomeadamente significados atribuídos aos eventos precipitantes e ao processo de transição; crenças culturais e atitudes; nível socioeconómico; preparação e conhecimento; condições da comunidade e condições sociais (Meleis *et al.*, 2000).

Os padrões de resposta referem-se aos indicadores de processo e de resultado (Figura n.º 2). Os indicadores de processo sugeridos por Meleis *et al.* (2000), que indicam a direção da saúde e máximo bem-estar ou dos riscos e vulnerabilidade, são: sentimento de pertença, interação, estar orientado e o desenvolvimento de confiança e estratégias. E, os indicadores de resultado incluem conhecimento profundo e integração das várias identidades.

Schumacher e Meleis (1994) identificaram três medidas que são aplicadas na intervenção terapêutica durante as transições. São elas a avaliação da prontidão uma vez que exige uma intervenção multidisciplinar e requer uma compreensão abrangente do cliente; a preparação para a transição e a suplementação de papel.

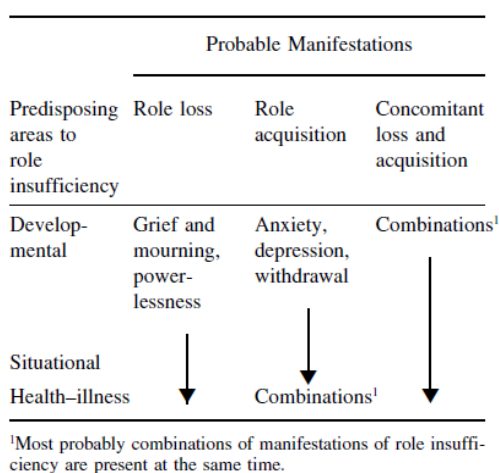
Schumacher e Meleis (1994) no seu trabalho sobre a suplementação e mais tarde Meleis *et al.* (2000) na sua teoria sobre as transições, consideram como pressupostos nas transições: os enfermeiros são os primeiros cuidadores das pessoas e famílias que vivenciam transições. As transições são complexas e multidimensionais, com padrões de multiplicidade e complexidade, são caracterizadas por variações e movimentações ao longo do tempo, por causarem mudanças na identidade, nos papéis, relacionamentos, aptidões e padrões de comportamento e, por envolverem um processo de mudanças nos padrões de vida que se manifestam em todos os indivíduos. O quotidiano, o meio e as interações são influenciados pela natureza, condições, significados e processos de experiências de transições anteriores, conduzindo por vezes a sentimentos de vulnerabilidade e dificuldades na vivência da transição (Im, 2010).

A transição é um processo moroso, desde a ocorrência do evento crítico até à estabilidade. O tempo necessário para a transição é incerto e depende da natureza da mudança e da influência da mesma na vida das pessoas, podendo ocorrer avanços e retrocessos.

Retomando o conceito de insuficiência de papel abordado por Meleis (2010), este é definido como uma dificuldade no conhecimento e/ou na execução do papel ou do

reconhecimento dos sentimentos e objetivos associados ao desempenho do papel por si e pelos outros, podendo levar a uma disparidade entre o que é conhecido do papel e as expectativas realizadas pelo próprio e pelos outros. A insuficiência de papel pode resultar de uma insuficiência no conhecimento do papel, de uma dinâmica relacional oculta, ou simplesmente da falta de conhecimento dos sentimentos e objetivos do novo papel. É observada (Figura n.º 4) através de estados de ansiedade, depressão, apatia, frustração, tristeza, impotência, infelicidade, agressividade, hostilidade (Meleis, 2010).

**Figura n.º 4** – Componentes da insuficiência de papel e manifestações prováveis (Meleis, 2010, p. 15)



Por sua vez, a suplementação de papel (Meleis, 2010) é definida como transmissão da informação e experiência necessária no sentido de antecipar sentimentos, objetivos e conhecimentos sobre o novo papel. Esta transmissão pode ser feita de forma formal ou informal e de forma preventiva ou terapêutica e, tem como objetivos, a realização do papel com o maior domínio e melhor desempenho possível. A suplementação de papel envolve o papel de clarificação e o *role taking*. As estratégias destes componentes são a utilização de modelagem, ensaio e grupo de referência. Os processos utilizados na aprendizagem e clarificação do papel são a comunicação e a interação social.

Como explorado anteriormente, a situação em estudo implica três tipos de transição em simultâneo, de desenvolvimento, saúde-doença e situacional. De desenvolvimento pelo facto de a faixa etária em questão ser a adolescência que, como abordado é uma fase que implica diversas mudanças e a integração de novos papéis e desafios. Transição saúde-doença, uma vez que as adolescentes do estudo estão num

processo patológico de uma anorexia nervosa sendo, como constatado pela bibliografia e pelos relatos das adolescentes, um processo complexo e de difícil adaptação. Uma transição situacional uma vez que implica a transição do internamento para a consulta externa, num processo de autonomização e de recuperação da doença.

## **5.8. Enfermeira suficientemente boa**

*“Se não se sentir alegria pela luz de um dia de Primavera, nem amor quando se vê um rosto amado, nem raiva por um contacto insensível, nem uma sensação interna de conflito ou de harmonia, mas apenas uma neutralidade indistinta, então não estarão presentes as capacidades que consideramos como essencialmente humanas e a vida não é uma vida humana”*

Gomez (2005, p. 232)

Um dos papéis do enfermeiro, principalmente quando trabalha com crianças e adolescentes, é de alguma forma suportar, acompanhar a criança/adolescente na satisfação das suas necessidades, sejam elas afetivas, físicas, sociais... Como abordado anteriormente, na maioria das vezes, as adolescentes com anorexia nervosa estão inseridas numa família demasiado protetora, ligadas a uma mãe que não permite que a adolescente se autonomize, se frustre, empenhada em satisfazer todas as necessidades da filha antes mesmo que elas surjam. O modelo de relação que a enfermeira vai adotar com estas adolescentes vai ao encontro do que Winnicott denominou de “mãe suficientemente boa”, uma “mãe” que está atenta às necessidades da adolescente mas que permite que esta seja autónoma, que explore o mundo externo, estando no entanto sempre a seu lado dando-lhe suporte, segurança e afeto. Chamemos-lhe então de enfermeira suficientemente boa.

Para Winnicott (1975, p. 25) a mãe suficientemente boa é aquela que “efectua uma adaptação ativa às necessidades do bebé, uma adaptação que diminui gradativamente, segundo as crescentes capacidades deste em aquilatar o fracasso da adaptação e em tolerar os resultados da frustração”. É uma mãe que “começa com uma adaptação quase completa às necessidades de seu bebé, e, à medida que o tempo passa, adapta-se cada vez menos completamente, de modo gradativo, segundo a crescente capacidade do bebé em lidar com o fracasso dela” (*idem*). Inicialmente a mãe supre todas as necessidades do bebé, posteriormente e de uma forma progressiva frustra o bebé, conforme vai percebendo que

este tem capacidade de lidar com esta frustração. A mãe desenvolve o que Winnicott chama de “preocupação materna primária”, durante a qual o bebê e a mãe estão fundidos, sendo um só. Existe a ilusão de unicidade com o bebê, transmitindo esta unicidade segurança e confiança. Quando o bebê é frustrado, a ilusão desta unicidade é posta em causa, ocorre a desilusão, o bebê passa a reconhecer que existe algo mais para além dele. Para que isto se inicie é também importante que a mãe abandone a sua obsessão pelo recém-nascido.

Esta mãe suficientemente boa mantém “o bebê incólume ao sintonizar-se com as suas necessidades e estados interiores; o bebê percebe-a, não como um objecto distinto mas como uma presença circundante” (Gomez, 2005, p. 99). A mãe suficientemente boa coloca o seio real exatamente onde o bebê está pronto para criá-lo, e no momento exato. Não antes de o bebê o desejar, nem muito tempo após esta necessidade ser sentida, mas sim no momento exato.

Gomez (2005, p. 99) ao abordar Winnicott aponta três formas que a mãe utiliza para proteger o bebê de experiências negativas: *holding* (sustentar), *handling* (manuseio ou manejo) e *object-presenting* (apresentação de objetos). O *holding* é ao mesmo tempo físico e emocional. A mãe suficientemente boa controla e gere os sentimentos e impulsos do bebê, protege-o, fala com ele, abraça-o... “permite o verdadeiro *self* do bebê, a experiência espontânea de existir, desenvolve coerência e continuidade” (Gomez, 2005, p. 100). Quando a mãe não proporciona *holding* e proteção ao bebê é como que empurrado para o choque e reação, lutando para continuar a ser, tentando não substituir o verdadeiro *self* pelo falso. O *handling* inclui o toque sensível e o manuseio responsável, uma satisfação física e emocional de forma integrada. Citando Gomez (2005, p. 100): “A pessoa que é objecto de suficiente manuseamento sensível nos primeiros anos de vida irá experienciar as suas capacidades mentais, emocionais e físicas como conectadas e pessoais numa vivência de verdadeiro *self*”. O *object-presenting* surge como o modo que a mãe dá a conhecer o mundo exterior ao bebê. A mãe sensível permite que o bebê encontre ativamente o seio, ou o biberão, e se alimente.

Há que realizar a distinção entre o que é objetivamente percebido e aquilo que é subjetivamente concebido. Entre um e outro surge uma área intermediária necessária para o início de um relacionamento entre a criança e o mundo. Um relacionamento que carece

de continuidade no tempo, do ambiente emocional externo e dos objetos transicionais. Para Winnicott (1975, p. 30) o objeto transicional “representa a transição do bebê de um estado em que está fundido com a mãe para um estado em que está em relação com ela com algo externo e separado”. Os objetos e os fenômenos transicionais pertencem ao “domínio da ilusão que estão na base do início da experiência. Esse primeiro estágio do desenvolvimento é tornado possível pela capacidade especial, por parte da mãe, de efectuar adaptações às necessidades de seu bebê, permitindo-lhe assim a ilusão de que aquilo que ele cria existe realmente” (*idem*). Esta área, este espaço transicional surge como “uma área neutra de experiência que não será contestada” (Winnicott, 1975, p. 28), uma área de segurança onde é efetuada a transição entre a dependência absoluta e a relativa. Citando Gomez (2005, p. 103) “o objecto ou fenómeno transicional é o símbolo de unidade interna do bebê com uma mãe generosa, aceitante e alimentadora. É a esta segurança que o bebê se agarra enquanto luta para deixar a mãe, tanto fisicamente como no reconhecimento de que ela está separada de si”. A natureza separada desse objeto transicional representa os limites da onipotência da criança, de que o objeto de relação é externo a si, assim como a mãe. Gomez (2005, p. 104) chega a referir que “a importância do objecto transicional é que representa a mãe mas não é a mãe”.

Se esta separação não se efetivou da melhor forma nos primeiros meses de vida, cabe ao enfermeiro proporcionar um ambiente terapêutico, um espaço relacional e transicional, no qual se possa efetuar esta “regressão” e vivenciar este período de uma outra forma, mais harmoniosa, constante e acolhedora. Winnicott descreve o *setting* terapêutico, nesta visão de espaço transicional como um espaço em que “o terapeuta oferece explicitamente, a si e ao espaço terapêutico, para a experiência transicional. O cliente ou o paciente reage de modo muito frutuoso “brincando” com versões da realidade, experienciando a dependência, o amor, a oposição, o desprezo e o ódio, numa relação que é tolerada na medida em que o paciente e o terapeuta sabem que estas reacções não devem ser tomadas pessoalmente” (Gomez, 2005, p. 104-105), “se tanto o terapeuta como o paciente conseguirem tolerar esta regressão à dependência precoce, o paciente talvez possa ser ajudado a reparar alguma das lacunas e fragmentos no seu ser, através da experiência de um cuidado mais empático” (*idem*, p. 102).

Os contributos de Winnicott permitem explicar/compreender a relação mãe-filha demasiado protetora e aglutinadora que em grande parte das situações de anorexia nervosa é possível observar. Uma mãe que se antecipa às necessidades da filha, não a permitindo experimentar, autonomizar-se e confiar em si e no mundo exterior. Cabe ao enfermeiro proporcionar o *setting* terapêutico de Winnicott, um espaço onde predomina o brincar, brincar que permite o crescimento e o desenvolvimento, num espaço em que é permitido ser, experimentar e vivenciar de uma nova forma os fenómenos transicionais.

## **6. METODOLOGIA DE PROJETO**

A metodologia orientadora do projeto de intervenção em serviço, como já referimos anteriormente, é a metodologia de projeto. Esta tem como objetivo principal a resolução de problemas, isto é, identificar e analisar um problema real, planeando posteriormente estratégias e intervenções que procurem resolvê-lo. Envolve a interação permanente entre a teoria e a prática. Com este objetivo, desenvolve-se em cinco etapas: diagnóstico de situação, definição de objetivos, planeamento, execução e avaliação e por último divulgação dos resultados. Descreveremos de seguida as etapas percorridas (Nunes, Ruivo e Ferrito, 2010).

### **6.1. Diagnóstico de Situação**

Importa nesta fase identificar e clarificar a problemática em estudo. Como referimos anteriormente, pretendemos compreender como sentem as adolescentes a transição entre o internamento e o ambulatório e, identificar as dificuldades encontradas. Propomos ainda cruzar a informação fornecida pelas adolescentes de como decorreu a transição do internamento para o ambulatório, as principais dificuldades sentidas e o que poderia ter sido diferente durante o internamento hospitalar; com o que os profissionais de saúde no internamento perspetivam serem as dificuldades no pós-alta e o que desenvolvem no internamento para tentar colmatar essas dificuldades. Toda esta informação é ainda cruzada com o que sentem os profissionais de saúde, que seguem estas adolescentes em ambulatório, como sendo as principais dificuldades na referida transição. A questão de partida, como mencionámos, foi sendo colocada pela equipa do internamento, preocupada com a qualidade da sua intervenção na preparação para a alta; pelos pais e familiares que se mostram ávidos de respostas e soluções para o regresso destas adolescentes ao ambiente habitual; pelas próprias adolescentes que refletem diversas vezes no regresso a casa; e pelas estruturas de ambulatório que se revelam escassas, sobrelotadas e sem capacidade de resposta. Com o intuito de obter uma compreensão mais abrangente sobre a problemática em estudo foram realizadas então entrevistas às adolescentes que tiveram já alta do internamento, enfermeiros da Unidade de Internamento e médicos que acompanham estas adolescentes no ambulatório. Foram ainda levantadas as intervenções de enfermagem

realizadas durante o internamento, com o intuito de melhor conhecer o trabalho realizado pelos enfermeiros nesta área.

### **6.1.1. Método de estudo e Fontes de dados**

Compreender como se sentem as adolescentes no pós-alta e conhecer como perspectivam os profissionais de saúde esse sentir conduziu a uma pesquisa do foro qualitativo. Como refere Fortin (1999, p. 22) “o investigador que utiliza a investigação qualitativa está preocupado com uma compreensão absoluta e ampla do fenómeno em estudo”, acrescentando Ribeiro (1999, p. 22) “o método mais simples e aparentemente mais económico de obter [a informação] é ir directamente às pessoas que estão em condições de conhecê-la e solicitar a informação desejada”. Assim sendo, optamos por realizar entrevistas aos intervenientes no processo de alta (enfermeiros da Unidade de Internamento, médicos do ambulatório e adolescentes com anorexia nervosa em ambulatório). Nós fomos o instrumento principal de recolha de dados directamente do ambiente natural, isto é, no local de trabalho dos enfermeiros e médicos e, no ambulatório quando recolhidos os dados junto das adolescentes. Os dados recolhidos estão sobre forma de palavras que devem ser analisados em toda a sua riqueza, respeitando a forma como foram registados e transcritos (Bogdan e Biklen, 1994). Este método não implica uma amostra estatisticamente representativa dado que “o valor da amostra passa a ser a sua adequação aos objectivos da investigação, tomando como princípio a diversificação das pessoas interrogadas e garantindo que nenhuma situação importante foi esquecida. Nesta óptica, os indivíduos não são escolhidos em função da importância numérica da categoria que representam, mas antes devido ao seu carácter exemplar” (Ruquoy, 1997, p. 103).

Foi realizada inicialmente uma extensa revisão bibliográfica no sentido de conhecermos e compreendermos melhor a temática em estudo assim como o que já foi abordado sobras as vivências das adolescentes com anorexia nervosa durante a transição do internamento para o ambulatório. De seguida realizámos a análise dos processos clínicos das adolescentes com diagnóstico de anorexia nervosa com alta no último ano da Unidade de Internamento, com o objetivo de identificar as intervenções desenvolvidas pelos enfermeiros na preparação para a alta das adolescentes. Por último, efetivámos as



entrevistas aos enfermeiros da Unidade de Internamento, médicos do ambulatório e adolescentes com diagnóstico de anorexia nervosa, já com alta do internamento, para melhor compreendermos como decorria a transição do internamento para o ambulatório.

### **6.1.2. Técnicas e Instrumentos de recolha de dados**

No sentido de obter informação de modo a dar resposta aos objetivos do projeto, a técnica de recolha de informação escolhida foi a entrevista semiestruturada. Na construção do guião das entrevistas tivemos em conta o tópico (claro para que todos os participantes entendam claramente do que se trata), a aplicabilidade (de cada uma das perguntas a cada um dos participantes) e a perspetiva (de modo a que os participantes forneçam o mesmo tipo de resposta) (Foddy, 1996).

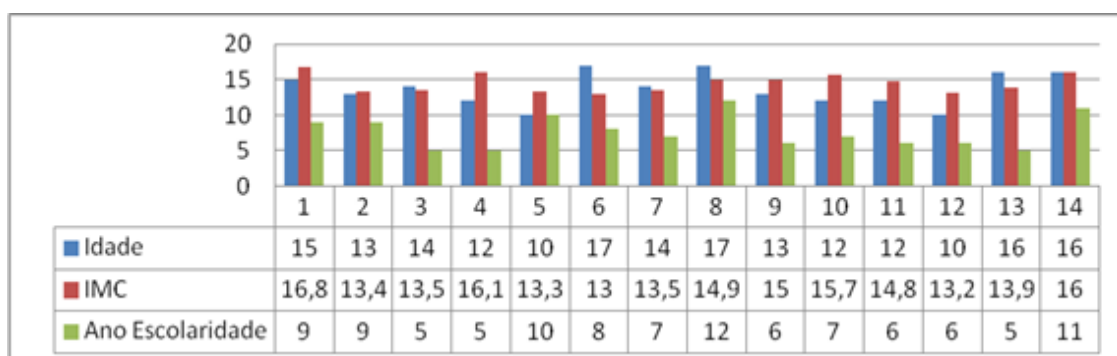
Iniciámos a aplicação das entrevistas pelos enfermeiros da Unidade de Internamento, tendo sido critério de inclusão na amostra ser enfermeiro diferenciado na Unidade (enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde mental e psiquiatria e chefes de equipa). Passou assim de uma população de 15 enfermeiros para uma amostra de 7 enfermeiros. As entrevistas foram realizadas durante uma semana, tendo sido realizada gravação áudio, posteriormente transcritas, e feita *à posteriori* a sua análise de conteúdo segundo Bardin (2004). Encontra-se o guião da entrevista aos enfermeiros em Apêndice (Apêndice II). A entrevista demorou entre 9 e 36 minutos, sendo a média de duração de 19,3 minutos. Posteriormente procurou-se compreender o olhar das adolescentes com alta sobre o seu sentir. Com esse fim realizaram-se entrevistas semiestruturadas às mesmas, conduzidas pelo guião de entrevista em Apêndice (Apêndice III). Dado se tratar de menores procedeu-se à obtenção de consentimento livre e esclarecido às adolescentes e aos seus tutores legais. Na constituição da amostra foram critérios de inclusão ter tido alta da Unidade de Internamento no último ano e pertencer ao distrito de Lisboa. Das 7 adolescentes que preenchiam estes critérios, duas recusaram participar na entrevista e uma das adolescentes teve dois internamentos durante o referido ano, pelo que se efetivaram 4 entrevistas. Foram realizadas durante sensivelmente uma semana, com duração entre 6 e 8 minutos, numa média de 6,75 minutos, respeitando todos os procedimentos de análise já anteriormente referidos. Por fim, pretendeu-se obter o olhar de quem acompanha estas adolescentes no ambulatório. Efetuou-se nesse sentido uma entrevista semiestruturada aos

médicos que acompanham adolescentes com perturbação do comportamento alimentar – anorexia nervosa em ambulatório na Área da Psiquiatria da Infância e Adolescência do referido Hospital, totalizando três entrevistas. O guião de entrevista segue em Apêndice (Apêndice IV). As entrevistas tiveram entre 9 e 30 minutos de duração, perfazendo uma média de 17 minutos. Após a realização das entrevistas e recolha de intervenções efetivadas pelos enfermeiros descritas nos processos clínicos, procedemos à análise da informação através da análise de conteúdo, segundo Bardin (2004).

### **6.1.3. Análise e Discussão dos Dados**

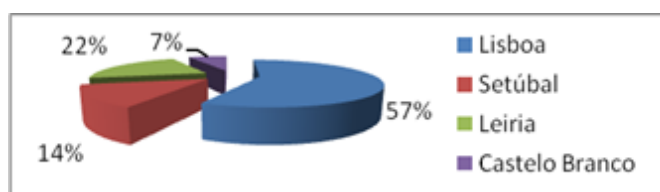
A análise de dados é o processo de busca e de organização sistemática dos dados que foram sendo acumulados, com o objetivo de aumentar a compreensão desses mesmos dados e ainda permitir apresentar aos outros aquilo que se encontrou (Bogdan e Biklen, 1994). Segundo Maroy (1997, p. 121), este tratamento de dados obriga a “descobrir as categorias pertinentes a partir das quais é possível descrever e compreender a realidade observada”. Como referimos, optámos pela análise de conteúdo por ser a técnica que melhor se adequava ao tipo de informação obtida, uma vez que esta surge como “um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (qualitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas), destas mensagens” (Bardin, 2004, p. 37). Depois do *corpus* constituído efetuámos uma leitura flutuante das entrevistas e elaborámos uma grelha de análise, orientadora do modelo de análise de conteúdo para assegurar a validade interna, certificando assim a exaustividade e a exclusividade da categorização. De seguida, procedemos então à categorização do material (categorização *à posteriori*). O critério utilizado foi o semântico (categorias temáticas). O objetivo da categorização, para além da condensação da informação, foi também a simplificação dos dados (Bardin, 2004). Após a análise das unidades de registo e definição das categorias e subcategorias realizámos a análise de conteúdo e comparação de todas as categorias e subcategorias nos discursos de todos os participantes para encontrar tendências convergentes e/ou divergentes.

Relembrando, a recolha de informação começou pela análise dos processos clínicos de todas as jovens com anorexia nervosa internadas no espaço de um ano (Gráfico n.º 1), numa Unidade de Internamento de Psiquiatria da Infância e Adolescência da zona centro/sul do país. Efetuaram-se nesta 14 internamentos, sempre adolescentes do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 10 e os 17 anos, sendo a média de idades de 13,64. Frequentavam entre o 5.º e o 12.º ano. Foram internadas com um IMC entre os 13 e os 16,8, sendo a média de 14,5.



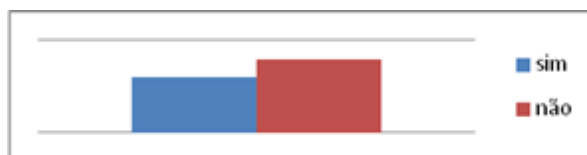
**Gráfico n.º 1** – Caracterização das adolescentes internadas

A maioria das adolescentes internadas pertencia à Região Lisboa e Vale do Tejo, havendo uma pequena percentagem, 7%, correspondente a um internamento, do distrito de Castelo Branco, na Região Centro (Gráfico n.º 2).



**Gráfico n.º 2** – Proveniência geográfica das adolescentes

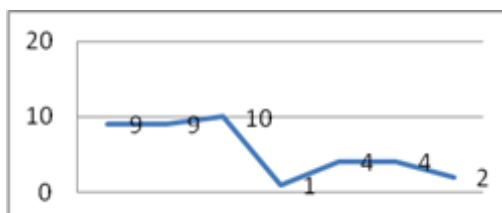
Recolheu-se ainda informação quanto à realização de exercício físico regular para melhor compreender a maior ou menor necessidade quanto à abordagem do exercício físico versus alimentação (Gráfico n.º 3). Como é possível constatar a diferença é pequena, no entanto, maioritariamente as adolescentes não praticam desporto de forma regular.



**Gráfico n.º 3** – Adolescentes praticantes de desporto

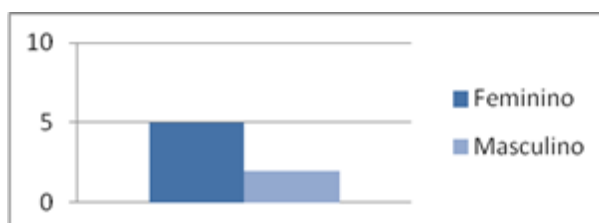
Durante a análise aos processos clínicos procedeu-se ao levantamento das intervenções realizadas pelos enfermeiros, como se podem enumerar no Apêndice V. Emergiram as seguintes categorias: imagem de si, relação com o outro, descoberta de si, alimentação, consciencialização da doença, trabalho do sentir, ambiente terapêutico, intervenção familiar e transição do internamento para o ambulatório. As intervenções que foram registadas em diário de enfermagem demonstram uma intervenção refletida, estruturada e personalizada, o que permite concluir que muito trabalho tem sido realizado com estas adolescentes durante o internamento, existindo, desde o início uma preocupação com a alta hospitalar e com a transição do internamento para o ambulatório.

Posteriormente realizámos entrevistas aos enfermeiros. Estes tinham entre 1 e 10 anos de trabalho na Unidade de Internamento, sendo a média de 5,6 anos de trabalho (Gráfico n.º 4).



**Gráfico n.º 4** – Anos de trabalho no internamento

Eram maioritariamente enfermeiros do género feminino (cinco).



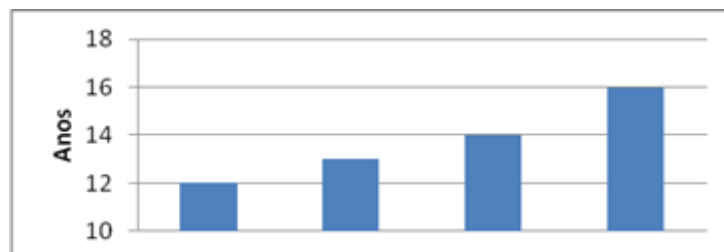
**Gráfico n.º 5** – Género dos enfermeiros

Da análise das entrevistas realizadas aos enfermeiros (Apêndice VI), emergiram as seguintes categorias e subcategorias:

<b>Categoria</b>	<b>Subcategoria</b>
<i>Preparação para a alta</i>	
<i>Trabalho realizado no internamento</i>	Imagem de Si
	Relação com o Outro
	Descoberta de Si
	Alimentação
	Consciencialização da doença
	Acompanhamento por técnicos de referência
	Trabalho do sentir
	Ambiente terapêutico
	Intervenção familiar
	Transição do internamento para o ambulatório
<i>Trabalho a melhorar no Internamento</i>	Intervenção familiar
	Trabalho de Equipa
	Atividades
	Plano por Etapas
	Acompanhamento posterior ao internamento
	Conhece-las
	Transição do internamento para o ambulatório
<i>Dificuldades vivenciadas no pós-alta</i>	Responsabilidade pelo seu projeto
	Gestão de sentimentos
	Relação com a alimentação
	Relação com a imagem corporal
	Regresso ao ambiente escolar
	Regresso ao ambiente familiar
<i>Sugestões para o ambulatório</i>	Acompanhamento individual
	Acompanhamento em grupo
	Intervenção na Escola
	Acompanhamento aos pais
<i>Sentimentos</i>	Internamento
	Alta
	Ambulatório

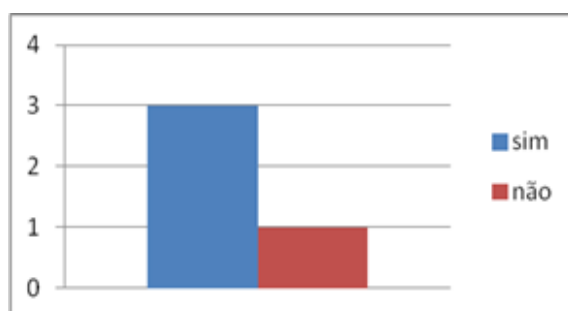
**Quadro n.º 1** – Categorias e subcategorias emergentes da Grelha de Análise dos Enfermeiros

Nas entrevistas realizadas às adolescentes evidenciou-se que estas eram adolescentes entre os 12 e os 16 anos, com uma média de idade de 13,75 anos (Gráfico n.º 6).



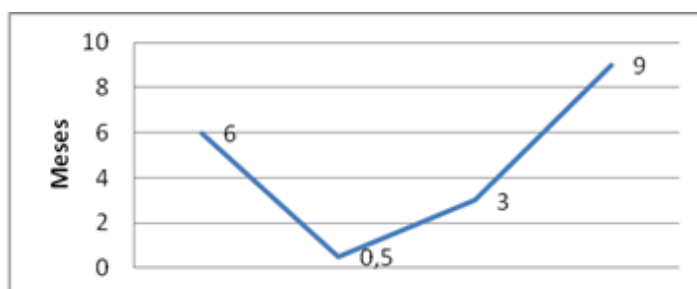
**Gráfico n.º 6** – Idade das adolescentes em ambulatório

De referir que três das quatro entrevistadas já tinha acompanhamento pedopsiquiátrico anterior ao internamento (Gráfico n.º 7).



**Gráfico n.º 7** – Acompanhamento pedopsiquiátrico prévio

As adolescentes entrevistadas tiveram alta do internamento entre 2 semanas e 9 meses, sendo a média de internamento de 4,63 meses (Gráfico n.º 8).



**Gráfico n.º 8** – Tempo de internamento

Da grelha de análise das entrevistas realizadas às adolescentes (Apêndice VII) destacam-se as seguintes categorias e subcategorias:

<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>
<i>Preparação para a alta</i>	
<i>Vivências no pós-alta</i>	Retorno ao ambiente familiar
	Relação com a alimentação
	Retorno ao ambiente escolar
	Relação com a imagem corporal
	Relação com o peso
	Conscientização da doença e responsabilização pelo seu projeto
	Acompanhamento
<i>Vivências do Internamento</i>	Significados
	Sugestões de melhoria
<i>Sentimentos</i>	Internamento
	Alta
	Ambulatório

**Quadro n.º 2** – Categorias e subcategorias emergentes da Grelha de Análise das Adolescentes

Das entrevistas realizadas aos médicos que seguem estas adolescentes em ambulatório, emergiram as seguintes categorias e subcategorias (Apêndice VIII):

<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>
<i>Preparação para a alta</i>	
<i>Transição do internamento para o ambulatório</i>	
<i>Aspectos a melhorar no internamento</i>	
<i>Dificuldades vivenciadas no pós-alta</i>	Relação com a alimentação
	Relação com o peso
	Retorno ao ambiente escolar
	Retorno ao ambiente familiar
	Relação com a imagem corporal
<i>Sugestões de melhoria para o ambulatório</i>	

**Quadro n.º 3** - Categorias e subcategorias emergentes da Grelha de Análise dos Médicos

Segundo Guerra (1994) referenciada por Teófilo *et al.* (2010, p. 16) as etapas de identificação dos problemas são: identificação das causalidades dos problemas, caracterização do problema, análise e evolução do problema no passado e perspetivando o futuro, identificação dos atores intervenientes e levantamento de experiências concretas já existentes de intervenção face ao problema. Olhando para as etapas previstas por Guerra (1994), abordadas por Teófilo *et al.* (2010) com vista à identificação do problema e sistematizando os dados recolhidos, conclui-se que o problema colocado inicialmente tem

já um conjunto de respostas que o tentam resolver, no entanto, outros problemas foram sendo levantados, estes mais prioritários. A preocupação dos enfermeiros com a alta hospitalar das adolescentes em estudo é um facto, evidenciada pelas intervenções descritas no processo clínico que vão nesse sentido; no trabalho que realizam diariamente; e, o que destacaram durante as entrevistas norteadas pelo que pensam ser as dificuldades vivenciadas pelas mesmas, acopladas aos sentimentos que imaginam que possam sentir. Porém, como discriminado mais à frente, a verdadeira necessidade não está no internamento, está sim no ambulatório.

Como mencionado, a preocupação com a **preparação para a alta** é uma constante, considerando os enfermeiros da Unidade de Internamento que as adolescentes não estão bem preparadas como é observado em algumas unidades de registo: *“lá fora não há plano... e tem de se confrontar com muitas situações difíceis no dia-a-dia, para as quais acho que elas não estão preparadas aqui no internamento”*E2, *“Tenho algumas dúvidas provavelmente não (...) algumas têm alguma crítica, outras dizem exactamente aquilo que eu quero ouvir”*E5. Os médicos que as acompanham consideram que nem sempre estão preparadas: *“Há dois grupos distintos... as que eu acho que estão preparadas para sair e as que aparentemente estavam preparadas e afinal não estavam preparadas”*M2, mas que habitualmente estão: *“Sim, penso que estão preparadas, penso que sim”*M1, *“habitualmente estão”*M3. E, por seu lado, as adolescentes consideram que estão preparadas para a alta: *“Estava preparada para continuar a minha vida, estar com a minha família, da melhor forma”*A3, *“acho que sim...acho que estava preparada. Eu estava...”*A1. Esta contrariedade é também visível nos sentimentos vivenciados no momento da alta. Os enfermeiros imaginam que sejam sentimentos de ambivalência, medo e ansiedade os prevalentes: *“ambivalência e algum medo”*E2, *“é sobretudo a ansiedade”*E4, em oposição ao que as adolescentes referem como sendo um momento de liberdade e felicidade: *“livre”*A2, *“felicidade”*A3, A4.

Quanto ao **período de internamento** como é possível observar na grelha de análise dos enfermeiros (Apêndice VI), muito é o trabalho desenvolvido e muitas são as sugestões de melhoria porém, há que ressaltar o que as adolescentes consideram ser o significado das suas vivências do internamento: *“Tinha sempre o objectivo de ver os meus amigos, a minha família e eu sabia que eu não comesse, se não aumentasse o peso não*



conseguiu fazer isso, não conseguia vê-los e estava lá muito mais tempo, coisa que eu não queria”A1, “Acho que temos de aprender por nós próprios... deram-me as bases necessárias, a partir daí”A3, “Tudo aquilo fez dar o click, ajudou-me mais a melhorar”A1. As sugestões de melhoria no internamento por parte das adolescentes foram: “eu acho que não mudava nada”A1, “Nada, acho que fizeram tudo bem”A3, “Acho que se o plano... eu sei que a alimentação que tinha de cumprir era aquilo que eu precisava, mas se fosse um bocadinho menos acho que se tornava mais fácil para mim”A4, “deviam fazer mais actividades connosco para ficarem a saber um bocadinho mais sobre nós e nós também podermos falar mais”A4, “No choque inicial, não serem tão agressivos, foi muito duro”A3, “A passagem foi muito dura... agora não podes ver os teus pais... foi o pânico”A3. E, as necessidades de melhoria mencionadas pelos enfermeiros foram: atividades “introduzir mais algumas actividades”E7; no sentido de melhor conhecer as adolescentes internadas “eu não sei o que elas sentem, posso dizer o que sinto na relação com elas”E2, “Há internamentos que não houve tempo suficiente para o miúdo se abrir”E7, “não estabelecemos uma relação, não conhecemos estas miúdas”E2; nas melhorias relacionais necessárias ao plano por etapas “fazer um outro trabalho, fazendo um acompanhamento que signifique ou re-signifique aquele plano, para aquilo fazer sentido internamente e não ser só um cumprimento de metas”E2, “plano muito cognitivo-comportamental estruturado por metas... se nos restringimos só ao plano fica muito curto, é pouco”E2, “Personalizar o plano para cada miúda”E7, “como é que este plano por etapas se pode prolongar para além do internamento”E2. Simplificando, o que estas adolescentes referem como indispensável e que os próprios enfermeiros reconhecem como aspeto a melhorar na sua intervenção com estas adolescentes é a relação terapêutica, o estabelecimento de uma sólida aliança terapêutica que as apoie nesta etapa tão crítica da sua saúde que implica uma separação com o mundo exterior. Isto é, que se sintam confirmadas, que seja reconhecida a sua existência, na conceção de Hycner (1991, p. 61) “confirmar o outro significa fazer o esforço terrível de se voltar para a outra pessoa e afirmar sua existência única e separada – sua alteridade”. Um estudo realizado em Toronto, no Canadá, conduzido por Ruth Gallop e seus colaboradores (1994) identificou o impacto da relação terapêutica como fator crítico na decisão do doente em continuar o tratamento (Wright, 2010, p. 156), merecendo desta forma a relação terapêutica um lugar de destaque. Num outro estudo desenvolvido por Pereira, Lock e Oggins (2006) sobre o papel da

aliança terapêutica no tratamento de adolescentes com anorexia nervosa, salientou-se que uma precoce e forte aliança terapêutica com os adolescentes conduz a uma resposta rápida ao tratamento, principalmente no ganho de peso. Por sua vez, uma precoce e forte relação terapêutica com os pais previne o abandono do tratamento.

De salientar que os sentimentos vivenciados pelas adolescentes durante o internamento são sobretudo negativos: “limitada”A2, “saudades”A3, “desilusão, tristeza”A4, “estava sempre preocupada e nervosa”A1; coincidentes com o que os enfermeiros percebem que elas sintam: “angústia é uma coisa transversal, a ambivalência”E2, “sentem-se privadas de tudo...como uma prisão”E4, “tristeza muito marcada... alguma frustração, muita raiva e a zanga”E4, “descontrole das coisas, medo, zanga connosco não com elas”E7. Desta forma faz sentido que o enfermeiro esteja disponível para ouvir, para suportar o que estas adolescentes estão a vivenciar, de forma a ajudá-las a re-significar esta vivência, transformando-a em algo mais positivo. Como referencia Hycner (1991, p. 112) “o cliente necessita experienciar profundamente em seu íntimo que o terapeuta o compreende ou, pelo menos, que está fazendo um esforço humanamente possível para compreendê-lo”. O que acontece muitas vezes, é que mudado o significado das vivências, “muda a percepção e, mudada a percepção, muda o modo do indivíduo sentir a realidade e de se comportar diante dela” (Rúdio, 1999, p. 112), muda o “seu modo de vivenciá-la e, conseqüentemente, a sua maneira de reagir diante dela” (*idem*, p. 128-129), conduzindo assim à mudança de comportamentos. Colton e Pistrang (2004) realizaram um estudo qualitativo, com recurso a entrevistas, com o intuito de compreenderem como foi sentido o internamento por adolescentes com anorexia nervosa. Identificaram cinco pontos importantes: o que é esta doença que eu tenho?, eu quero ficar bem?, ser com os outros: suporte vs angústia, ser indivíduo vs ser outra anorética, colaboração no tratamento vs ser tratada. Salientam a persistência de sentimentos antagônicos, como ver a anorexia como amiga ou como inimiga. Escobar-Koch, Mandich e Urzúa (2012) aplicaram também entrevistas semiestruturadas a dez mulheres com perturbação do comportamento alimentar, entre os 16 e os 47 anos, com o objetivo de conhecer qual o ponto de vista das mulheres chilenas perante o tratamento a que foram submetidas. Salientam a referência a profissionais empáticos, compreensivos e preocupados, que facilitam a construção de uma relação baseada na verdade que motiva as doentes a continuarem o seu tratamento.

Abordando agora a **transição do internamento para o ambulatório**, que tanto os enfermeiros como médicos salientam, há a realçar as licenças de ensaio que são referidas como muito importantes e como uma ótima oportunidade para trabalhar a transição para o exterior mas que, por vezes, são demasiado breves: *“licenças de ensaio, o que é que falha muitas vezes”*E1, *“é extremamente importante as licenças de ensaio... mas logo às licenças de ensaio elas têm alta logo a seguir, eu continuo a achar que não me satisfaz”* E5, *“o fim-de-semana em que fazemos um ensaio (...) isso já uma ótima medida”* M2, *“o facto de poderem ir de licença de ensaio, e o que trazem da licença de ensaio... acho que é muito importante para a preparação para a alta”*E2. É ainda salientado o almoço terapêutico: *“O almoço terapêutico é uma ótima altura para se perceber como elas estão”*M2, *“o almoço terapêutico é um momento importante”*M3, *“almoço terapêutico como um momento de transição (...) seria um momento de encontro de todos, todos pela primeira vez à mesa (...) marcar um bocadinho o ritual de passagem (...) é assim o momento mais importante”*E2, *“os almoços terapêuticos são das melhores imagens que eu tenho de como aquela criança está claramente, aquela adolescente em relação a si mesma, em relação ao seu ciclo familiar, ao seu ciclo de amigos, da forma como ela se posiciona”*E5, *“no almoço terapêutico consegues avaliar imensas coisas, consegues perceber realmente qual é a relação que ela tem com a comida no actual, no aqui e agora, consegues perceber se ela já tem uma percepção ou não das quantidades da comida ou não e consegues avaliar muito da relação familiar”*E6. O almoço terapêutico surge como uma técnica fundamental na avaliação familiar e no tratamento da anorexia nervosa, dado ser uma oportunidade única de observação das interações familiares em redor da alimentação, assim como um momento único de intervenção em loco com alto potencial de impulsionar a mudança. É realçado por Minuchin que, durante este almoço é possível mudar o estatuto, o conceito de “paciente identificado”, assim como transformar o problema alimentar num problema das relações interpessoais (Rosman, Minuchin e Liebman, 1975).

Interessante salientar que, quando abordada a transição destas adolescentes para o ambulatório, quando efetivada a separação, os enfermeiros consideram que as adolescentes afinal não estão preparadas para sair, quando realizaram um imenso trabalho de preparação para a alta. Como realçado anteriormente, os enfermeiros relatam que tiveram dificuldade em estabelecer uma relação terapêutica com estas jovens, em conhecê-las porém, na

separação destas demonstram dificuldade em gerir esta perda, em deixá-las seguir o seu percurso, como é manifestado nas seguintes unidades de registo: *“sinto que chega ali, aquele fim-de-semana, àquela licença de ensaio e vai embora... e acabou...”*E5, *“acho que não se pode cortar o papel da enfermeira desta maneira tão abrupta”*E5, *“ficou um vazio... entre aqui e ali não há uma ponte”*E5.

Reconhecendo que as dificuldades de todo este processo não se focalizaram apenas no internamento, importa então conhecer como **vivenciaram as adolescentes o seu pós-alta** e identificar as dificuldades encontradas. Analisando a grelha de análise das adolescentes (Apêndice VII), um dos momentos destacados é o regresso ao ambiente familiar. Por um lado o receio que o padrão anterior de relação se tenha mantido, por outro uma satisfação por regressar, destacando ainda a preocupação em comprovar que a família acompanhou a mudança efetuada: *“estava-me a fazer muita confusão, estava-me a sentir muito pressionada e andava sempre de volta da minha mãe a ver como ela fazia as coisas e isso levou a muita discussão e foi um bocadinho mau”*A1, *“tinha medo é se os meus pais estavam preparados para me receber, se estavam preparados para a minha mudança”*A1, *“foi muito bom, já tinha saudades”*A3. Estes receios são concordantes com o que os médicos que acompanham as adolescentes reconhecem como sendo uma dificuldade: *“família ainda não esteja preparada para as receber”*M2, *“falta de acompanhamento em casa”*M2. E, os enfermeiros prevêm igualmente estas dificuldades: *“regressar a casa onde provavelmente existe um conflito presente”*E6, *“mas como é que vai ser estar em casa, como é que vão surgir os conflitos, quando surgem como é que as coisas acontecem”*E2.

O ir para casa traz consigo a gestão das refeições: horários, quantidades, alimentos. É sem dúvida uma das dificuldades vivenciadas, não só pela dificuldade na gestão da alimentação, mas também porque associada a ela estão por vezes conflitos familiares, tal como referem as adolescentes: *“na altura das refeições, muitas discussões, ainda foi um bocado difícil”*A1, *“em casa nas refeições, eu apercebia-me que os meus pais estavam sempre a olhar muito e a ver o que eu estava a comer”*A1, *“comecei a comer assim umas coisas que eu mais gostava e no final da refeição comer uma guloseima, enquanto no internamento não comia a guloseima”*A4, *“comecei a ter uns ataques de fome devido, porque antes como tinha feito muita restrição comecei a ter mais vontade de*

*comer, os doces e isso*"A1. Nas consultas, os médicos também sentem a relação com a alimentação como uma dificuldade: *"medo de perderem o controlo da alimentação"*M1, *"hora de refeição"*M2. E, mais uma vez também os enfermeiros prevêem que o passar o controlo da alimentação para as adolescentes acaba por ser um motivo de dificuldade: *"A relação com a comida muda radicalmente, aqui a relação com a comida é uma, lá fora a relação com a comida não é... não é estruturada como nós fazemos aqui"*E2, *"como é esta relação com a comida na escola, no refeitório"*E2, *"têm de ser os pais a gerirem essa dieta e isso causa-lhes muita angústia"*E6, *"o conflito pode novamente surgir, relacionado com a comida, com o tempo das refeições"*E6.

Um outro grande desafio é o regresso ao ambiente escolar. Estiveram durante alguns meses afastadas dele e, quando regressam mudaram...não só de aspeto físico mas também na forma como se relacionam com o outro. O receio das adolescentes existe e é expresso nas unidades de registo da grelha de análise: *"foi bom, tinha muitas saudades mas depois estava com receio que me fizessem muitas perguntas, o que aconteceu... mas não fizeram muitas... perguntaram se eu estava melhor, eu disse que sim... mas foi bom porque reencontrei os meus amigos e já tinha muitas saudades"*A1, *"o teatro foi mais ou menos, o meu professor não parava de olhar, de dizer que eu estava bem... eu sei que é bom dizer isso... mas até chateia"*A2, *"super bem... perguntaram só se eu já estava bem e apoiaram-me"*A3. Os médicos que as acompanham também identificam o regresso à escola como uma dificuldade vivenciada: *"confronto com os colegas e pessoas lá fora, o que vão dizer, o que lhe vão perguntar, como se vão posicionar, o que podem e não podem dizer, o que querem e não querem dizer"*M1, *"dificuldade de voltar à escola... os amigos, os colegas"*M3. Os enfermeiros reconhecem igualmente que o regresso à escola possa ser uma dificuldade sentida: *"o regressar à escola também é muito difícil para elas, a relação com os colegas com os professores"*E6, *"difícil elas terem de explicar o que se passou com elas, porque estiveram tanto tempo afastadas dos colegas"*E1.

A alteração da imagem corporal é algo que se mantém mesmo após a alta hospitalar. Dado isto, é muito provável que a relação com a imagem corporal seja ainda uma grande dificuldade, geradora de um turbilhão de sentimentos. Assim comprovam as adolescentes ao referirem que: *"sinto-me magra e bem com o meu corpo"*A2, *"agora estou normal"*A1, *"queria ter umas pernas como as das modelos"*A2, *"Foi a barriga...*

*continuava preocupada, não conseguia perde-la*”A4. A distorção da imagem corporal envolve uma discrepância entre a imagem real e a imagem que a adolescente percebe. Está normalmente insatisfeita com o tamanho de partes do seu corpo. Os médicos salientam esta dificuldade mais relacionada com o olhar do outro e como é que esse olhar influencia a forma como elas se vêem: *“o impacto que esta doença e a imagem corporal delas tem nos outros e como é que os outros vão olhar para elas e as vão ver*”M1, *“se sentem inseguras*”M2. Os enfermeiros também realçam a mesma dificuldade: *“chegam a casa e que se vêem gordas e ... andaram a adquirir uma série de peso e depois não gostam da sua imagem*”E1, *“têm uma imagem idealizada e vêem-se ao espelho e não gostam, não gostam daquilo que vestem, não gostam daquilo que estão a ver*”E1.

O peso foi e continua a ser uma parte fundamental no processo terapêutico destas adolescentes, pelo carácter decisor que tem, na liberdade que vai proporcionando, sendo igualmente causador de sentimentos de grande ambivalência. Abordam a relação com ele e com as suas oscilações como retratado nas seguintes unidades de registo: *“uma altura que aumentei um bocadinho mais (...) comecei a ter mais vontade de comer, os doces e isso*” A1 *“aumentei um bocadinho, mas depois voltei ao normal*” A1, *“Tive uma recaída, quando saí do internamento (...). Foi um choque porque antes tinha uma vida mais sedentária, no internamento estava sempre sentada, levantava-me um bocadinho, sentava-me... agora tenho mais actividade*”A3, *“lá no internamento tinha, cumpria tudo porque tinha de aumentar de peso... quando vim para casa já não tinha aquela coisa de ter de aumentar para me vir embora, então desliguei um bocadinho e reví a minha alimentação*”A4, *“não queria aumentar, queria só manter*”A4, *“fui perdendo o peso, ainda me via gorda*”A2, *“fui sempre aumentando, nunca perdi*”A1. Na consulta o peso é um aspeto importante. Está sempre incluído na avaliação, associado ao receio da sua perda ou aumento. Leva assim a que seja uma dificuldade vivenciada e também descrita pelos médicos: *“ficam muito centradas no peso da alta e portanto aquele peso fica como referência durante bastante tempo*”M3, *“estão sempre muito centradas na questão do peso*”M3, *“gerem este peso, o que é que vou fazer, o que vou fazer a mais para manter este peso*”M3, *“medo de aumentarem muito de peso*”M1. Da análise de conteúdo das entrevistas realizadas aos enfermeiros não emergiu esta subcategoria todavia, sabe-se que a relação com o peso se entrelaça na relação com a alimentação, consigo e com todo o meio envolvente, estando de alguma forma intrínseco noutras subcategorias.

Reconhecer a doença, que se precisa de ajuda não é fácil para uma adolescente com anorexia nervosa. Como foi abordado na contextualização teórica, estas adolescentes não se sentem doentes e precisam muito de não perder o controlo. Durante o internamento efetiva-se a constatação de que estão muito doentes através de dados observáveis, orgânicos, mudanças no seu humor, padrão de relacionamento, o que permite conceptualizar a doença. No entanto, este é um trabalho que tem de ser continuado e nunca esquecido. Tornam-se responsáveis pelo seu projeto, pela gestão da sua forma de viver. Este reconhecimento é relatado com grande entusiasmo: *“não tinha noção de como estava, não queria acreditar, é aquela fase da doença da negação e de não querer mesmo acreditar”*A3, *“Consegui estabelecer um parâmetro normal entre o internamento, antes era mesmo rigorosa, controlava o dia todo, agora, é deixar as coisas acontecerem, não controlar”*A3, *“Foi adaptar-me outra vez a minha vida mas agora num ponto mais estável, que antes do internamento não tinha noção, a consciencialização que era precisa para continuar o caminho adequado”*A3. Os enfermeiros salientam como possível dificuldade a gestão do projeto no ambulatório, a responsabilidade que adquiriram pela condução da sua própria vida: *“ficarem entregues a si mesmas”*E1, *“plano por etapas não for interiorizado acho que lá fora as miúdas vão ter muitas dificuldades”*E2, *“para um ambiente que as regras são muito menos, são elas que têm de controlar”*E2. Os médicos não abordaram durante as entrevistas a possibilidade de a consciencialização da doença e a responsabilização pelo seu projeto terapêutico ser uma dificuldade sentida.

Por último, surgiu do discurso das adolescentes entrevistadas alguma preocupação com a forma como o acompanhamento em ambulatório é efetuado. De destacar a necessidade que revelaram sentir em ter um espaço para apenas falar de si: *“devíamos ser acompanhadas com a enfermeira assim de vez em quando, para podermos falar um bocadinho com a enfermeira porque aqui esta médica não fala muito connosco... e com os pais e isso não fala muito, não dá para a gente desabafar”*A4, *“Quando ia às consultas ficava muito nervosa, ia mesmo muito nervosa”*A3, *“a médica avisou-me para ir aumentando de peso, senão não tinha alta e era melhor para mim”*A3, *“fui falando nas consultas, a médica falava com os meus pais e depois as coisas começaram a melhorar”*A1, *“Tinha algumas dúvidas... mas foram sendo tiradas...”*A1. Com a mesma preocupação encontram-se os enfermeiros que apontam o acompanhamento posterior ao internamento como algo a melhorar: *“alguns dos miúdos precisavam de mais qualquer*

*coisa, precisava que lá continuássemos até fazer o click que não fez ainda*”E5, *“Seria um acompanhamento posterior à alta com os pais incluídos*”E2, *“o pós-alta não ser só a consulta médica, de forma a que a enfermeira pudesse continuar a caminhar com ela, nos seus problemas*”E5, *“nunca estarão preparadas porque precisam de um acompanhamento lá fora*”E3, *“como é que terminamos este acompanhamento... certo que são acompanhadas lá fora... mas acho que é... muito pouco... acho que o pedido é outro, e não é só das miúdas, dos pais*”E2, *“se esse acompanhamento se mantivesse, num período, num determinado período de tempo era fundamental, ajudava imenso, pelo menos consolidava este projecto*”E2. Um acompanhamento no qual seja possível “explorar a constatação de um sofrimento devastador e um apego determinado à doença, entre uma dor emocional que já não é mais suportável e uma ordem rígida e imutável de comportamento” (Sampaio, 1998, p. 148).

São salientados pelas adolescentes entrevistadas, como sendo os sentimentos prevalentes no ambulatório, sentimentos positivos: *“continua a ser felicidade e continua a ser boa-disposição*”A4, *“mais livre...livre*”A1, *“descontraída*”A2, *“nervosismo, mas também felicidade, estabilidade*”A3. Contrastando com os sentimentos que os enfermeiros consideram que elas possam sentir, estes são mais de carácter negativo: *“momento de grande insegurança que pode ser maior ou menor e significativo de acordo com o suporte que elas têm*”E4, *“medo de voltar ao mesmo*”E3, *“Lá fora imagino que ambivalência seja uma coisa muito intensa*”E2, *“alegria de estarem na escola, de estarem com os colegas*”E1, *“maior risco, medo da recaída, medo, mais ansiosas*”E7. Os enfermeiros defendem que a gestão de sentimentos possa ser uma das dificuldades vivenciadas no pós-alta *“têm muitos receios de como vai ser gerir a vida delas fora de um contexto como este, portanto eu acho que a maior dificuldade passa sobretudo por isto por gerir emocionalmente os desafios que se lhes colocam quando elas saem*”E4. Esta sugestão surge pelo facto de as adolescentes com anorexia nervosa terem um “maior evitamento das emoções comparando a outras patologias psiquiátricas ou à comunidade” (Wildes, Ringham e Marcus, 2010, p. 398).

Como constatado anteriormente, as adolescentes entrevistadas não identificaram o **internamento** como o grande foco de necessidade de melhoria e, este dado poderá estar ligado ao facto de, no internamento, serem realizadas **intervenções de enfermagem**



focalizadas na preparação para a alta que tocam no que são as suas vivências em ambulatório. São algumas dessas intervenções (Apêndice V): trabalho da imagem de Si “trabalhar a imagem, os contornos do corpo (...) colorirem o corpo com outras coisas”E1; a relação com o Outro “prazer em si na relação com os outros”E1; descoberta de Si “ajudá-las a se encontrarem, no fundo a encontrarem um olhar diferente”E2; alimentação “conseguir identificar com elas quais são as respostas alimentares adequadas e o que elas representam”E6; consciencialização da doença “dizer-lhes que assim não podem continuar, acho que esse momento de crise é fundamental, é fulcral perceberem que estão doentes e isso não é feito em mais lado nenhum”E1; acompanhamento por técnicos de referência “o acompanhamento pelo enfermeiro responsável é bom... e acho que muita coisa se centra nisso, no acompanhamento que pode ser feito numa relação preferencial”E2; trabalho do sentir “trabalhado o significado do que é ir lá para fora, o que é que aquela miúda, que fantasia é que vai sentir, ou imagina que vai sentir lá fora...tentar com eles fazer este caminho simbólico entre o cá dentro e o lá fora... imaginar como vai ser, imaginar o que vai ser mais difícil, com que é que se vão confrontar”E2; promoção de um ambiente terapêutico “estabelecer um elo empático, consegues estar, até no não dele”E5 e intervenção familiar “ajudá-los a encontrar respostas diferentes e construírem uma relação diferente...esta patologia centra-se muito à volta de um conflito familiar em que é preciso trabalhar as várias partes”E2, apesar de ser ainda uma área a melhorar “esse trabalho coma família ainda há muito que caminhar, ainda há muito que desbravar”E1. Há ainda a salientar que os enfermeiros entrevistados sugerem uma necessidade de **melhoria** a nível do trabalho de equipa “não há uma verdadeira intervenção de todos os técnicos... trabalha-se muito individualmente”E1. Os médicos, no ambulatório, salientam que no internamento se deveria ter um maior cuidado na definição do peso de alta “devemos ter mais preciosismo neste calculo do peso para sair”M2, uma melhor articulação com o ambulatório “uma melhor articulação com o colega da consulta, com quem elas vão continuar”M3 e a prática da intervenção familiar “terapia familiar”M2. Como abordado no capítulo anterior, a intervenção familiar é fundamental na gestão do conflito familiar existente assim como uma importante abordagem no tratamento destas adolescentes, uma vez que a família é “simultaneamente passível de promover a manutenção do sintoma ou de contribuir para a sua resolução” (Araújo e Henriques, 2011, p. 75).

São **sugestões de melhoria para o ambulatório**, por parte dos enfermeiros do internamento: acompanhamento individual “*psicoterapia ou terapias*”E1, acompanhamento em grupo “*grupos terapêuticos*”E1, intervenção na escola “*na escola poderá fazer-se um bocadinho de desmistificação de crenças, de sentimentos... de forma a que toda a turma, todos os professores façam um projecto de convergência*”E3 e acompanhamento aos pais “*grupos de ajuda, partilharem a sua experiência com outros pais*”E3, “*psicoeducação*” E3. E, por parte dos médicos que trabalham no ambulatório: oferta de uma resposta suficiente e atempada “*a nossa articulação é boa, com os colegas, mas a resposta não é atempada*”M1, “*Não acho que o ambulatório esteja a dar resposta suficiente a estas meninas*”M1; mais estruturada e organizada “*ter coisas mais “protocoladas”, coisas escritas, aquilo que de facto fazemos na prática*”M1, “*preparar logo desde o início... sobretudo a relação com o novo colega*”M1, “*reorganização da consulta*”M2, “*terem uma meta, e uma das questões que elas põe sempre é então quando é que eu tenho alta*”M3; assumindo um verdadeiro trabalho em equipa “*Funcionarmos em equipa desde o momento em que nos surgem nas mãos, seguimos em equipa quando elas estão no internamento e continuamos em equipa quando elas nos saem*”M2; não esquecendo a articulação com a escola “*envolver um técnico da escola no pré-alta para preparar a escola... devemos dar um feedback à escola, ou no ambulatório pedir à escola que nos de um feedback ou preparar a escola para a jovem que vai sair*”M2.

As supracitadas sugestões de melhoria por parte dos profissionais de saúde e até das adolescentes surgem por diversas razões, já evidenciadas anteriormente. Uma grande parte das adolescentes não pertence à área de residência do hospital, obrigando a uma articulação com os profissionais da consulta externa da área de residência da adolescente. E, o que muitas vezes se verifica, é que o tempo de espera para consulta é muito extenso e a consulta externa do hospital necessita manter a vigilância até à realização da consulta na área de residência, o que conduz a um prolongamento da relação com os profissionais do Internamento sendo ainda mais difícil estabelecer uma relação posterior com a nova Equipa. Na Área da Psiquiatria da Infância e Adolescência do Hospital em estudo existe consulta externa, não havendo uma consulta específica para as perturbações do comportamento alimentar. E, como se verificou os médicos do ambulatório salientam a necessidade de reorganizar a consulta, estruturá-la, também de forma a terem uma rede de suporte e a resposta dada a estas adolescentes ser de maior qualidade.

#### **6.1.4. Síntese Diagnóstica**

Como observamos após a análise das entrevistas, a ideia inicial de que a transição entre o internamento e o ambulatório seria difícil e de que no internamento seria necessário preparar melhor as adolescentes para a transição, ficou corroborado quando constatamos que as preocupações e dificuldades das adolescentes se evidenciam no acompanhamento em ambulatório. Este facto conduziu-nos, desta forma, a realizar um planeamento de intervenção no ambulatório com o intuito de fazer face a estas dificuldades.

Numa análise mais detalhada constatamos que a preparação para a alta é uma preocupação presente nos enfermeiros do internamento e que desenvolvem um conjunto de intervenções focalizadas nesse planeamento. No entanto, os enfermeiros do internamento consideram que a sua intervenção não é suficiente e que nem sempre as adolescentes com anorexia nervosa saem bem preparadas para a alta. Associam ainda ao momento da alta a possibilidade de nas adolescentes estarem presentes sentimentos negativos. Consideram que no espaço do internamento deveria ser melhorado o trabalho em equipa assim como as intervenções que desenvolvem. Os médicos que seguem as adolescentes com anorexia nervosa no ambulatório confirmam que algumas delas não estão preparadas para a alta mas que a maioria está. Consideram ainda que no internamento deveria ser estabelecida uma melhor articulação com o ambulatório, uma melhor e mais cuidada definição do peso de alta e feita uma aposta mais consistente na intervenção familiar. As adolescentes entrevistadas consideraram que estavam preparadas para a alta, associando sentimentos positivos a esta etapa. No ambulatório são identificados pelos médicos e pelas adolescentes focos de dificuldade, semelhantes aos que os enfermeiros no internamento identificam como possíveis dificuldades e por isso alvo de trabalho com as adolescentes durante o internamento. São exemplo: o regresso a casa e à escola, a gestão do plano alimentar e das oscilações do peso, assim como a gestão do projeto terapêutico em ambulatório que inclui o trabalho da imagem corporal, consciencialização da doença e adesão/responsabilização ao projeto terapêutico. Os enfermeiros do internamento enumeram algumas melhorias que deveriam ser efetuadas no ambulatório, tais como: realização de um acompanhamento individual, intervenção em grupos terapêuticos, boa articulação com a escola e a manutenção do acompanhamento dos pais. Os médicos consideraram que no ambulatório deveriam melhorar a rapidez da resposta à transição do internamento para o ambulatório, a

estruturação de uma consulta mais organizada para este tipo de patologias, um melhor e mais eficaz trabalho em equipa e uma articulação mais próxima com as escolas. As adolescentes solicitam um espaço para falarem de si e das dificuldades que vão encontrando na gestão dos sentimentos e ambivalências que vão vivenciando.

Constatando que no internamento já é realizado um extenso trabalho de preparação para a alta e que as dificuldades sentidas pelas adolescentes se centram no acompanhamento em ambulatório, decidimos focar-nos nas dificuldades sentidas pelas adolescentes em ambulatório e nas sugestões de melhoria dadas pelos enfermeiros, médicos e pelas próprias adolescentes e delinear desde esse ponto o plano de intervenção.

## **6.2. Definição dos objetivos**

Se é no ambulatório, na sua relação entre “o mundo real” e a doença que surgem as maiores dificuldades, é aí o espaço para intervir. Não esquecendo a questão norteadora - *Como decorre o processo de transição do internamento para o ambulatório?* - foi possível verificar, durante a recolha de dados, que a transição é feita de uma forma tranquila, estruturada e que no internamento é desenvolvido um conjunto de esforços nesse sentido. Na compreensão do que sentem as adolescentes durante esta transição e identificando as dificuldades encontradas, definem-se os objetivos da intervenção que se planeia estruturar visando dar respostas às necessidades encontradas.

### Objetivos gerais:

- Melhorar a resposta terapêutica a adolescentes com perturbações do comportamento alimentar – anorexia nervosa, em ambulatório;
- Planear uma consulta de perturbações do comportamento alimentar, mais especificamente para crianças/adolescentes com o diagnóstico de anorexia nervosa;

Objetivos específicos:

- Divulgar aos enfermeiros da Unidade de Internamento os resultados da recolha de dados (processos clínicos e entrevistas) através de uma sessão de formação em serviço;
- Refletir com os enfermeiros da Unidade de Internamento sobre as intervenções de enfermagem realizadas e passíveis de virem a ser realizadas, de acordo com as necessidades encontradas, através de uma sessão de formação em serviço;
- Planificar uma Consulta de Perturbações do Comportamento Alimentar multidisciplinar;
- Analisar e refletir sobre as intervenções terapêuticas mais adequadas e pertinentes em adolescentes com anorexia nervosa;
- Estabelecer critérios de referenciação para a Consulta de Perturbações do Comportamento Alimentar;
- Estabelecer critérios de inclusão e exclusão da Consulta de Perturbações do Comportamento Alimentar;
- Planificar uma proposta de funcionamento da Consulta de Perturbações do Comportamento Alimentar;
- Planear a intervenção terapêutica da equipa multidisciplinar na Consulta de Perturbações do Comportamento Alimentar, com especial enfoque no diagnóstico de anorexia nervosa;
- Planificar a Consulta de Enfermagem inserida na Consulta de Perturbações do Comportamento Alimentar;
- Estruturar a Consulta de Enfermagem com resposta a adolescentes com anorexia nervosa;
- Planificar a avaliação da Consulta de Enfermagem;
- Planificar a avaliação da Consulta de Perturbações do Comportamento Alimentar.

### 6.3. Planeamento da Intervenção

*“- Mãinha: eu já nasci?”*

*A resposta da mãe era o soprar de um beijo. E, afinal: tudo são beijos em palavra de mãe.*

*- Há muito tempo, meu amor, já nasceste há muito tempo”*

Couto (2010, p. 37)

Adolescentes que nasceram há muito tempo mas que ficaram presas a um corpo de criança, a uma doença que as aprisiona no contacto consigo e com o outro. E, com muito afeto, de uma mãe, de uma enfermeira suficientemente boa, pode esta adolescente retomar o seu crescimento e re-nascer.

A Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental, no seu Relatório proposta de plano de ação para a reestruturação e desenvolvimento dos serviços de saúde mental em Portugal 2007/2016 (2007, p. 100) preconiza que as equipas têm de ser constituídas por “profissionais experientes, pelo que, não apenas a supervisão, mas principalmente a formação dos seus técnicos em Saúde Mental Infantil tem que ser uma prioridade e alvo de forte investimento”. É ainda recomendado por esta Comissão que os projetos a serem implementados devem seguir determinados parâmetros: duração e intensidade de intervenção suficientes; ser relevante (sentido pelas famílias como importante, envolvente, necessário, aliciante); respeitar as necessidades individuais e familiares e os valores culturais das populações alvo; investir na formação, competência e compensação adequada dos profissionais envolvidos; avaliar os resultados tendo em conta que estes podem ser limitados e apenas visíveis a médio ou a longo prazo; assegurar a cooperação e uma boa comunicação entre as várias entidades e serviços (serviços sociais, educação, saúde - incluindo a saúde mental, entre outros) (*idem*, p. 101).

Procurando responder a estes requisitos e às necessidades levantadas nos capítulos anteriores, é proposta a criação de uma consulta de enfermagem inserida numa consulta especializada e multidisciplinar de perturbação do comportamento alimentar. Dada a especificidade do diagnóstico e deste trabalho, a intervenção será direcionada apenas para adolescentes com anorexia nervosa, recebendo a consulta todas as patologias do foro da perturbação do comportamento alimentar. É proposta ainda a divulgação e reflexão junto

dos enfermeiros da Unidade de Internamento das intervenções de enfermagem realizadas nesta Unidade, sintetizadas durante a recolha de dados.

Sendo o objetivo último do enfermeiro a melhoria contínua da prestação de cuidados, no planeamento das intervenções a realizar é fundamental ter em conta os padrões de qualidade que a Ordem dos Enfermeiros definiu para os cuidados de enfermagem e especificamente para a prestação de cuidados de enfermagem especializados em enfermagem de saúde mental (OE, 2011a): satisfação do cliente, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e o autocuidado, a adaptação, organização dos cuidados de enfermagem, relação psicoterapêutica, redução do estigma e promoção da inclusão social.

Antes de abordarmos especificamente o planeamento da consulta do comportamento alimentar, apresentamos, sumariamente, as intervenções terapêuticas preconizadas no tratamento da anorexia nervosa.

### 6.3.1. Qual a melhor intervenção para a liberdade?

*“Não me resta nada, sinto não ter forças para lutar  
É como morrer de sede no meio do mar e afogar  
Sinto-me isolado com tanta gente à minha volta  
Vocês não ouvem o grito da minha revolta  
Choro a rir, isto é mais forte do que pensei  
Por dentro sou um mendigo que aparenta ser um rei  
Não sei do que fujo, a esperança pouca me resta  
É triste ser tão novo e já achar que a vida não presta  
As pernas tremem, o tempo passa, sinto cansaço  
O vento sopra, ao espelho vejo o fracasso  
O dia amanhece, algo me diz para ter cuidado  
Vagueio sem destino nem sei se estou acordado  
O sorriso escasseia, hoje a tristeza é rainha  
Não sei se a alma existe mas sei que alguém feriu a minha  
Às vezes penso se algum dia serei feliz  
Enquanto oiço uma voz dentro de mim que diz”  
Chorei  
Mas não sei se alguém me ouviu  
Então sei se quem me viu  
Sabe a dor que em mim carrego e a angústia que se esconde  
Vou ser forte e vou-me erguer  
E ter coragem de querer  
Não ceder, nem desistir eu prometo  
Busquei  
Nas palavras o conforto*

*Dancei no silêncio morto  
 E o escuro revelou que em mim a Luz se esconde  
 Vou ser forte e vou-me erguer  
 E ter coragem de querer  
 Não ceder, nem desistir eu prometo  
 Não há dia que não pergunte a Deus porque nasci  
 Eu não pedi, alguém me diga o que faço aqui  
 Se dependesse de mim teria ficado onde estava  
 Onde não pensava, não existia e não chorava  
 Sou prisioneiro de mim próprio, o meu pior inimigo  
 Às vezes penso que passo tempo demais comigo  
 Olho para os lados, não vejo ninguém para me ajudar  
 Um ombro para me apoiar, um sorriso para me animar  
 Quem sou eu? Para onde vou? De onde vim?  
 Alguém me diga porque me sinto assim  
 Sinto que a culpa é minha mas não sei bem porquê  
 Sinto lágrimas nos meus olhos mas ninguém as vê  
 Estou farto de mim, farto daquilo que sou, farto daquilo que penso  
 Mostrem-me a saída deste abismo imenso  
 Pergunto-me se algum dia serei feliz”*

Alguém me ouviu (mantém-te firme) – Boss AC e Mariza

Poder-se-ia começar por definir o sentido da liberdade... Que liberdade é esta que a jovem com anorexia anseia? Liberdade da dependência dos familiares, liberdade dos sentimentos inerentes à doença, liberdade de crescer, liberdade de sentir, liberdade de ser... E, como pode ser proporcionada essa liberdade? Qual o caminho a percorrer? Sabem-se pensamentos de desespero “o sorriso escasseia, hoje a tristeza é rainha”, “Estou farto de mim, farto daquilo que sou, farto daquilo que penso” e surgem pedidos de ajuda “vocês não ouvem o grito da minha revolta”, “vou ser forte e vou-me erguer/E ter coragem de querer/Não ceder, nem desistir eu prometo”. A adolescência é realmente uma fase conturbada, cheia de medos, ansiedades, provas. Uma etapa de grande descoberta, conhecimento de si, de definição de uma identidade. O caminho a percorrer tem de ser um caminho próximo, de resposta ao pedido de ajuda. O enfermeiro deve estar preparado para todos os altos e baixos, nunca deixando de confiar, apoiar e sobretudo nunca desistir.

O acompanhamento preconizado incide numa intervenção multidisciplinar, sendo esta “fundamental para o sucesso terapêutico e os profissionais envolvidos devem trabalhar de forma integrada” (Appolinário e Claudino, 2000, p. 28 cit. por Arantes, 2010, p. 3). Gentile (2010, p. 189) preconiza um “processo abrangente e rigoroso conduzido por uma equipa de médicos, nutricionista, psiquiatra e enfermeiro com experiência na evolução e



tratamento dos distúrbios alimentares”. Cabasés (2003) inclui ainda o psicólogo como membro da equipa multidisciplinar. Segundo Gentile (2010, p. 189) vários níveis de cuidados devem estar disponíveis: “ambulatório, hospital de dia, internamento e tratamento em casa”. A APA (2006) sugere cinco níveis de intervenção: ambulatório, ambulatório intensivo, Hospital de Dia, centro de tratamento residencial e, por último, o internamento hospitalar. Define ainda como tratamento da Anorexia Nervosa: reabilitação nutricional, tratamento psicossocial (psicoeducação, terapia individual, terapia familiar, terapia de grupo), sendo que todas estas abordagens são muitas vezes combinadas durante o tratamento hospitalar e no acompanhamento posterior. Sampaio (1998, p. 141) defende que o tratamento da anorexia deve realizar-se na consulta externa e que este consiste “numa psicoterapia individual, muitas vezes acompanhada por uma terapia familiar”. Gentile (2010, p. 190) identifica como importante para o tratamento: “psicoterapia individual (terapia cognitivo-comportamental, interpessoal, psicodinâmica), terapia da imagem corporal, grupo psicoterapêutico (TCC, terapia comportamental dialética), intervenção familiar, psicoterapia de apoio, programa psico-educativo”. Fleitlich *et al.* (2000, p. 327) abordam o tratamento da anorexia passando obrigatoriamente pela psicoeducação, reeducação alimentar, uso de medicação, terapia cognitivo-comportamental, psicoterapia individual, orientação e/ou terapia familiar. Independentemente da abordagem teórica, o tratamento, na maior parte dos casos, consiste no acompanhamento individual, familiar, associados à reabilitação nutricional (APA, 2006). Sampaio (1998), como mencionado anteriormente, defende o acompanhamento em ambulatório, individual e familiar, definindo as seguintes fases de tratamento:

1.<sup>a</sup> *Recuperação*: na qual é feita a monitorização do que a adolescente come, comportamentos de controle de peso e sentimentos associados. Planeiam-se refeições com horas marcadas e a gestão de alimentos e quantidades. Deve ser discutida a ideia da adolescente face ao peso e à forma do corpo e procura-se, desde cedo, descortinar os sentimentos de inadequação que marcam a vivência quotidiana. Inicia nesta altura terapia familiar.

2.<sup>a</sup> *Progresso*: manutenção de uma alimentação saudável, combatidos pensamentos disfuncionais e distorções cognitivas; trabalhado o auto conceito, controlo dos impulsos, expressão dos afetos, combatendo o perfeccionismo e a rigidez. A terapia

familiar deve centrar-se na comunicação e nos conflitos face à identidade e autonomia da adolescente com anorexia. A relação individual solidifica-se.

3.<sup>a</sup> *Resolução*: psicoterapia individual durante um ano. Trabalhadas as questões de diferenciação e autonomia.

(Sampaio, 1998, p. 141-145)

De referir que Sampaio (1998, p. 145) é da opinião de que “o terapeuta individual deve estar obrigatoriamente presente em todas as sessões da terapia familiar, conduzidas por outro técnico”, para que o terapeuta individual saiba o trabalho que está a ser realizado em família e que não quebre a aliança com a adolescente.

Lock e Gowers (2005) realizaram uma revisão sobre os métodos mais comuns no tratamento de adolescentes com anorexia nervosa. Chegaram à conclusão de que existiam poucos estudos de investigação nesta área, porém, a terapia familiar aliada à renutrição seria um bom caminho a percorrer. Salientam ainda que a terapia familiar não está suficientemente comprovada como superior a outros tipos de intervenção. Fisher, Hetrick e Rushford (2010) no estudo que realizaram sobre a eficácia da terapia familiar comparada com outros tratamentos na anorexia nervosa, chegaram também à conclusão de que há insuficiente evidência que determine qualquer vantagem da terapia familiar sobre outro tipo de intervenção psicológica. Já Krautter e Lock (2004) tinham efetuado um estudo com 34 famílias no sentido de apurar o grau de satisfação com o tratamento utilizado de terapia familiar. Determinaram que a terapia familiar é bem aceite e de grande eficácia. Porém, um quarto da amostra sugeriu mais tempo de terapia familiar, terapia individual e outras terapias focadas nos problemas existentes para além da anorexia nervosa.

Herpertz *et al.* (2011) sintetizaram as principais orientações de *guidelines* internacionais, chegando à conclusão de que os estudos realizados têm pouca evidência. Referem que não existe evidência do método de tratamento preferencial, seja ele terapia cognitivo-comportamental, terapia interpessoal, terapia psicodinâmica ou terapia familiar. Salientam também a necessidade de existirem diversos contextos de tratamento, nomeadamente internamento, hospital de dia e ambulatório, apesar de não haver evidência de quais os critérios de integração em cada um dos contextos.

O objetivo do tratamento na anorexia nervosa é normalizar o peso, os comportamentos alimentares e os sintomas/problemas psicológicos associados a esta doença. Deve ser um tratamento claramente estruturado na resolução de sintomas, principalmente no início da doença (Herpertz *et al.*, 2011). Federici e Kaplan (2008) num estudo qualitativo que realizaram questionaram adultos, que tiveram uma doença do comportamento alimentar, de quais os fatores que foram fundamentais para a recuperação. Foi referido como importante: motivação para a mudança, ver a recuperação como um processo, desenvolvimento de relações de suporte, consciência e tolerância às emoções negativas e à avaliação de si próprio. Vanderlinden *et al.* (2007) também realizaram um estudo semelhante, tendo sido nomeados como elementos essenciais na recuperação: melhorar a autoestima, conhecer as sensações do corpo e desenvolver capacidades na resolução de problemas. Mais recentemente, num estudo realizado por Darcy e seus colaboradores (2010), foram entrevistadas 20 mulheres com história de anorexia nervosa, com idade média de 29,35 anos, tendo os pesquisadores chegado à conclusão de que quanto maior o envolvimento dos doentes no processo terapêutico, maior a motivação para mudar o comportamento. Recomendam assim que os doentes devem ser envolvidos na formulação dos objetivos e metas da sua recuperação, seja qual for o contexto de intervenção. Relevante clarificar que, segundo as conclusões de Couturier e Lock (2006), não há uma definição comum de recuperação, seja do peso, psicológica ou de combinação de ambos, conduzindo desta forma a uma definição por vezes ambígua. A APA (2006, p. 44) sumariza de forma sintética os objetivos da intervenção psicossocial a adolescentes com anorexia nervosa: apoiá-las na compreensão e cooperação da sua reabilitação nutricional e psíquica; compreender e mudar comportamentos e atitudes disfuncionais relacionadas com o seu distúrbio alimentar; melhorar o seu funcionamento interpessoal e social; nomear as comorbilidades da sua patologia e os conflitos psicológicos que reforçam ou causam a manutenção do distúrbio do comportamento alimentar.

Golan (2012) citando CEED (2005) refere que 50% dos doentes com anorexia nervosa retoma o peso normal, em seis meses de tratamento; 25% mantêm baixo peso, mas estável e os outros 25% mantêm-se cronicamente doentes ou morrem. Cita também Keel e Brown (2010), relevando importância ao facto de 76% dos doentes terem uma remissão completa da doença, após 5 anos de follow-up.

Com foco na recuperação e, tocando muitas das modalidades de intervenção já referidas, Araújo e Henriques (2011, p. 3) identificam:

- modalidades terapêuticas: intervenção em grupo, intervenção familiar, psicoterapia individual, internamento, intervenção nutricional, medicação;
- fatores terapêuticos: motivação para mudar, relação terapêutica, segurança e estrutura, superar um trauma passado, trabalho das emoções;
- fatores extra-tratamento: relações significativas, separação da família, conhecer outras pacientes, conhecer jovens recuperadas, ativismo social, compromisso espiritual, sucesso acadêmico/profissional, fatores individuais (motivação, determinação, aceitação de si).

Muitas podem ser as combinações entre os vários tipos de tratamento, Cobelo, Saikali e Schomer (2004, p. 186), como exemplo, apresentam o programa PROTAD (Programa de Transtornos Alimentares na Infância e Adolescência) que oferece um tratamento multidisciplinar no qual são efetuadas:

- Entrevistas individuais com as famílias, cujo objetivo consiste em oferecer aos familiares um espaço que possibilite acolher sentimentos conflitantes como culpa, raiva, hostilidade, assim como exercer uma função de suporte à angústia e à sensação de impotência presentes na maioria das famílias nos primeiros encontros. As sessões possibilitam, também, um espaço para perguntas, dúvidas e questões, oferecendo esclarecimentos centrados na consciencialização da família sobre a doença, seus riscos, o tratamento e a necessidade e importância da equipa multidisciplinar;
- Grupo psicoeducacional multifamiliar, que visa oferecer informações e esclarecimentos sobre diferentes aspetos da doença e do tratamento;
- Grupo psicoterapêutico para mães (com foco na relação mãe-filho);  
  
(decorrendo estes grupos uma vez por semana, com 1h de duração)
- Grupo multifamiliar: decorrendo semanalmente, com 2h de duração, incluindo todas as adolescentes com anorexia internadas no Hospital de Dia e seus familiares.

De seguida abordamos mais pormenorizadamente as várias modalidades terapêuticas utilizadas no tratamento da anorexia nervosa. Comum a todas elas são os chamados bons e maus indicadores de uma evolução favorável e contínua do tratamento. São designados como bons indicadores da Anorexia Nervosa, a ausência de desnutrição grave, de graves complicações médicas, boa cooperação de família e amigos, idade mais jovem, grande período de permanência no primeiro internamento; e como maus indicadores um emagrecimento severo (IMC <13-14), disfunção familiar, duração da doença, comorbilidade psiquiátrica ou distúrbio da personalidade e comportamentos purgativos (Gentile, 2010, p. 187; Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists Clinical Practice Guidelines Team for Anorexia Nervosa, 2004).

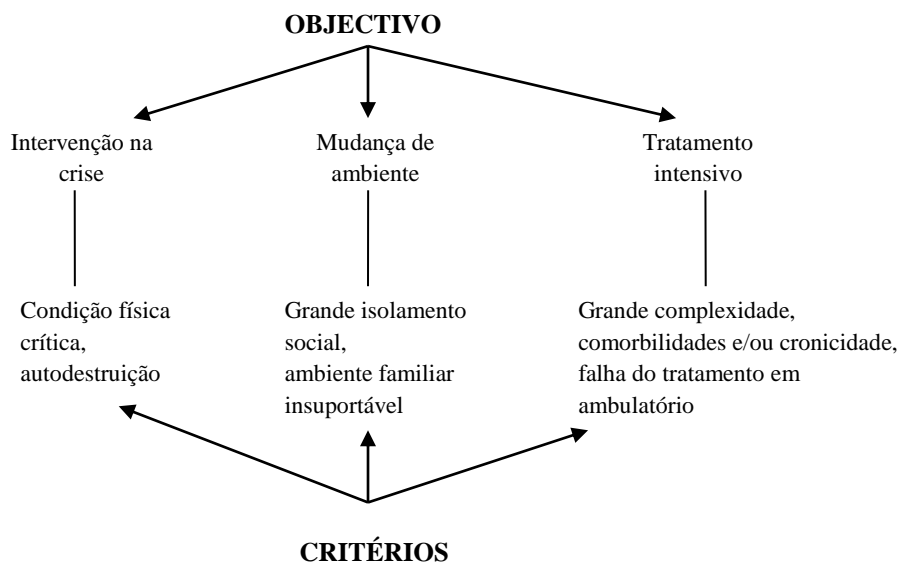
#### **A) Internamento Hospitalar**

*“Por isso, se morrer agora, morro contente,  
Porque tudo é real e tudo está certo.”*

Quando vier a Primavera, Alberto Caeiro

Como referimos anteriormente, o internamento hospitalar é uma das respostas terapêuticas quando a situação clínica da adolescente assim o exige. Em certos casos, para a adolescente a morte pode mesmo ser a solução à manutenção da recusa alimentar. A seleção do contexto de tratamento depende da gravidade e da combinação dos objetivos/critérios. Vandereycken (2003) na sua reflexão sobre o internamento definiu os possíveis objetivos e critérios do tratamento neste contexto (Figura n.º 5).

**Figura n.º 5** - Objetivos e critérios do tratamento em internamento (Traduzido e adaptado de Vandereycken, 2003, p. 412)



No Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 (MS-CNSM, 2009) vêm descritos os fatores que podem conduzir ao internamento: perda de peso rápida (> 30% em 6 meses) ou desnutrição grave; complicações médicas agudas (ex: disritmias cardíacas, alterações eletrolíticas graves); ciclos ininterruptos de ingestão alimentar compulsiva (*Binge Eating*), vômitos/uso de laxantes e restrição alimentar; situações médicas coexistentes não controladas (ex: *Diabetes Mellitus*); depressão grave, ideação suicida ou associação com outros sintomas psicopatológicos graves, em particular sintomas psicóticos. A Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists Clinical Practice Guidelines Team for Anorexia Nervosa (2004) define como critérios de internamento: frequência cardíaca inferior a 50 bpm, tensão arterial inferior a 80/50 mmHg, diminuição dos valores de potássio, diminuição dos valores de fosfato, ideação suicida, perda de peso rápida, crise familiar, vômitos compulsivos. Por sua vez, Casanova e seus colaboradores (2009, p. 134) enumeram como critérios: insucesso do tratamento no ambulatório, comorbilidade física que complique gravemente o tratamento, comorbilidade psiquiátrica (como o risco de suicídio), falta de colaboração familiar ou inexistência de qualquer tipo de apoio/supervisão e deterioração física que coloque a vida em risco (frequência cardíaca inferior a 40 bpm, hipotensão ortostática com diminuição de 10 a 20 mmHg e aumento de

20 bpm, hipotensão arterial com valores inferiores a 80/50 mmHg, hipofosfatemia, hipomagnesemia, hipocaliemia com valor inferior a 2,5 mEq/L).

### **B) Recuperação ponderal e Psicofarmacoterapia**

A recuperação ponderal é essencial no tratamento. O plano alimentar deverá ser individualizado, evitando o síndrome de realimentação. Poderá ser necessário usar como recurso a alimentação entérica ou parentérica. Em internamento o peso ganho deve variar entre os 500 e os 1000 g por semana e, em ambulatório deve ser entre os 200 e os 500 g por semana. Não esquecendo que o adolescente deve ser pesado à mesma hora e com a mesma roupa, de preferência de manhã (Herpertz *et al.*, 2011, p. 682).

A psicofarmacoterapia não é muito eficaz na anorexia nervosa. Devem ser controlados os sintomas de hiperatividade, grande ansiedade com a comida e com o peso, com doses baixas de neurolépticos como a olanzapina. Os antidepressivos não aceleram o tratamento, devendo ser utilizados no tratamento das comorbilidades, tais como sintomatologia depressiva (Herpertz *et al.*, 2011, p. 682; Casanova *et al.*, 2009, p. 134).

### **C) Psicoterapia Individual**

Um dos objetivos do tratamento é que os doentes se envolvam num processo psicoterapêutico (Zeeck *et al.*, 2005). Steinhausen (2002) citado por Zeeck *et al.* (2005) refere que, segundo os estudos, quanto mais cedo se iniciar a psicoterapia, melhor prognóstico terá a doença. Button e Warren (2001) citados por Vanderlinden *et al.* (2007, p. 358) salientam a importância da psicoterapia individual e da qualidade da relação terapêutica (de suporte e empática) com os doentes com anorexia nervosa. O tratamento deve estar focado no desenvolvimento da autoestima e na conceção positiva da sua imagem. A psicoterapia individual vai, através de uma relação terapêutica, apoiar o adolescente no estabelecimento de relações mais saudáveis. Para iniciar um processo desta índole, tem de co-existir motivação para a mudança e aceitação da sua doença. O National Institute for Clinical Excellence (2004, p. 9-10) preconiza um acompanhamento individual à criança e adolescente separado dos seus familiares e cuidadores, referindo que este

acompanhamento em ambulatório deve ser de pelo menos 6 meses e que o acompanhamento em ambulatório (acompanhamento psicológico e monitorização física) após internamento hospitalar deve durar pelo menos 12 meses. Para Bouça (2000, p. 159) a terapia individual visa a “reconstrução de um eu fragilizado, o abandono progressivo da rigidez do pensamento e do comportamento ritualizado, dirigido a objectivos de perfeição, substituindo-os pela diversificação dos investimentos relacionais e sociais”. Acrescentam Sampaio *et al.* (1999) os objetivos da psicoterapia individual: estabelecimento de um padrão alimentar adequado; identificação e correção dos pensamentos, crenças e valores e identificação das circunstâncias e emoções que obrigam a perspetivar a restrição. Fallon e Bunce (2000) referidos por Gorgati, Holcberg e Oliveira (2002, p. 46) sugerem que os objetivos terapêuticos sejam a curto prazo: “desenvolvimento da aliança terapêutica, desenvolvimento de uma observação sobre si mesmo, consciência dos estados afectivos, reconhecimento de padrões de comportamento que sejam incongruentes com seus objectivos” e a longo prazo: “compreensão das funções do sistema, melhora da auto-estima, possibilidade de estabelecer uma distinção mais clara entre eu-mundo, melhora sintomatológica e do funcionamento social”. É realmente imprescindível uma relação terapêutica baseada na confiança, empatia e suporte. Cañete, Vitalle e Silva (2008, p. 379) abordam a psicoterapia na anorexia como propiciadora de um “espaço seguro, clima terapêutico de respeito e confiança para que o paciente possa partilhar seu mundo interno, entender os significados dos sintomas e encontrar outras expressões para eles. Nessas pessoas, a identidade não está bem estruturada e o ego mostra-se frágil”. Dulce Bouça mencionada por Sampaio (1998, p. 153) aborda a psicoterapia individual como sendo o “cerne e o motor de um processo de reorganização e reconstrução psíquica num Eu fragilizado por experiências anteriores de insucesso e menos-valia pessoal, encapsuladas por um comportamento rígido e obsessivo, na procura de um ideal de perfeição que iluda e preencha um vazio de inadequação à vida e às suas experiências”.

Button e Warren (2001) realizaram um estudo sobre o tratamento de 36 pessoas com anorexia nervosa desde há 7,5 anos, dos quais destacaram a psicoterapia individual, o aconselhamento e a qualidade da relação terapêutica como os fatores mais importantes para a recuperação (Nilsson e Hägglöf, 2006, p. 306). Federici e Kaplan (2008) salientam igualmente que, na investigação que realizaram, os pacientes com anorexia nervosa referiram que a qualidade da aliança terapêutica tem uma grande importância na



recuperação e na satisfação com o tratamento. Citam ainda Beresin *et al.* (1989) focando a importância de que o terapeuta seja genuíno, respeitador, consistente e que não julgue.

Kleifield e colaboradores (1996), citados por Chuk e Hay (2004) implementaram um programa de terapia cognitivo-comportamental nas perturbações do comportamento alimentar com quatro estádios, em que em cada estádio são cumpridas determinadas intervenções. As sessões são bissemanais no primeiro mês, do segundo ao sexto mês semanais, do sétimo ao nono mês quinzenais e a partir do nono mês mensais. Perfaz 37 sessões, 50 minutos cada, durando aproximadamente um ano. Em cada estádio são abordadas as seguintes temáticas:

1.º (4 sessões): avaliação da fobia de comida, sintomas alimentares, função positiva da anorexia, dificuldades interpessoais, deficiências na resolução de problemas e na identificação de elementos que reforçam a fobia da comida, recuperação do peso e/ou substituição das dietas restritivas por padrões alimentares mais normais;

2.º (14 sessões): dificuldades interpessoais, aumentar habilidades para resolver problemas sociais, manter as intervenções do primeiro estádio;

3.º (16 sessões): funcionamento autónomo, técnicas para enfrentar dificuldades, prevenção de recaídas;

4.º (mensal, 3 meses): final do tratamento.

#### **D) Intervenção Familiar**

A psicoterapia é de facto uma abordagem crucial para o crescimento interior do adolescente. Contudo, sendo uma criança ou adolescente, existe ainda uma dependência e uma vivência muito próxima com os familiares. Neste sentido, é importante a intervenção familiar para que o tratamento seja mais eficaz. Incluir os pais no processo terapêutico é essencial. Uma sólida relação terapêutica deve ser construída com a criança/adolescente e com os pais (Herpertz *et al.*, 2011). O Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists Clinical Practice Guidelines Team for Anorexia Nervosa (2004, p. 666) apoia a terapia familiar como sendo uma importante parte do tratamento, principalmente no caso das crianças e adolescentes, salientando-se porém que nenhuma intervenção surge mais

importante que outra (Grange, 2004). Sampaio (1993, p. 191) defende também a existência de “terapia familiar ou reuniões de esclarecimento à família” ou “grupos de pais” (Sampaio, 1998, p. 123). Arantes (2010, p. 7) confirma que a terapia familiar é um “instrumento importante na recuperação dos pacientes acometidos de anorexia nervosa, exercendo também um papel importante como suporte, espaço de resolução de problemas e de crescimento para suas famílias e para a própria equipe multidisciplinar envolvida”. Russell *et al.* (1987) demonstrou que a terapia familiar é superior à terapia individual em adolescentes com anorexia nervosa há menos de 3 anos (APA, 2006, p. 77-78), uma vez que a terapia familiar é usada na redução dos sintomas e no trabalho dos problemas relacionais da família que contribuem para a persistência do distúrbio alimentar (*idem*, p. 77). Numa revisão de artigos sobre o tratamento na anorexia nervosa, Grange e Lock (2005) identificaram que, na maioria dos estudos que integram adolescentes, a terapia familiar conduz a uma redução do tempo de duração da doença e que o recurso à hospitalização não era necessário na maior parte desses adolescentes. Acrescentam ainda que no final do tratamento 60% - 70% alcançaram um peso saudável, apesar de ainda não terem recuperado a menstruação. Paulson-Karlsson, Engström e Nevenon (2009) realizaram um estudo sobre a terapia familiar em adolescentes com anorexia nervosa (N=32), avaliando a sua eficácia num follow-up ao final de 18 e 36 meses. Os pontos de avaliação são sintomas de distúrbio alimentar, psicopatologia, clima familiar e IMC. Ao final de 36 meses, 75% das adolescentes apresentavam remissão completa da doença. Concluíram com o seu estudo que os resultados encontrados salientam a terapia familiar como efetiva no tratamento de adolescentes com anorexia nervosa. Num estudo mais recente, realizado por Couturier, Isserlin e Lock (2010), submeteram 14 adolescentes com anorexia nervosa, entre os 12 e os 17 anos, a terapia familiar. Os resultados da investigação indicam que esta via de tratamento não é só eficaz na recuperação do peso mas também na melhoria da sintomatologia relacionada com a restrição alimentar, gestão dos sentimentos e receios relacionados com a autonomia.

Sampaio (1998, p. 140) aborda a avaliação da família, incluindo como marcos importantes: definição do problema pelos membros da família; tentativas de resolução anteriores; papéis familiares, alianças e coligações na família; acontecimentos relevantes na história familiar; refeições na família; espaço individual e espaço familiar. Lock (2010, p. 3) sugere igualmente que a “intervenção familiar pode ser o mais eficiente tratamento

para a maioria dos adolescentes”, delimitando o tempo de intervenção entre seis meses/dez sessões ou doze meses/vinte sessões.

Retomando o já anteriormente referido, o envolvimento da família é fundamental no tratamento das jovens com anorexia nervosa. A dinâmica própria da família tem “um papel crucial no modo como qualquer ser jovem se desenvolve e amadurece e o comportamento familiar pode necessitar de alterações ou ajustamentos” (Byrne, 2001, p. 54). Partindo desta ideia a autora cita Hilde Bruch (1978) “Se ninguém der importância aos problemas da família e os pais se deixarem dominar pela irritação e pela ansiedade ao lidarem com a doente anoréctica, surgirão cada vez mais situações de turbulência carregadas de acusações mútuas” (Byrne, 2001, p. 54), podendo assim ilustrar a importância da intervenção familiar no tratamento destas jovens.

A família para Minuchin (2007) citado por Cavalcante (2009, p. 39) é denominada de “matriz de identidade, onde a experiência humana de identidade tem dois elementos: um sentido de pertencimento e um sentido de separado”. Sendo que o sentimento de pertença de cada membro da família é influenciado pelo sentido de pertencer a uma família específica. E, o sentido de individuação ocorre através da participação em diferentes subsistemas familiares em contextos familiares diferentes. Sendo que o sistema familiar é formado pelos subsistemas conjugal, parental e fraterno (Minuchin, 2007 cit. por Cavalcante, 2009).

Minuchin e seus colaboradores, nos anos 70, procuraram investigar como é que os aspetos de funcionamento familiar ocorrem nas famílias com um membro com anorexia. De acordo com os autores, os membros da família estariam presos a um padrão de funcionamento familiar disfuncional, no qual as “fronteiras” entre pais e filhos se tornaram inadequadamente rígidas. Ficando os membros da família presos ao sistema familiar, impossibilitando a percepção dos mesmos como pessoas livres e autónomas (Cavalcante, 2009).

Micucci (1998) aborda o processo da terapia familiar salientando o ciclo sintomático no qual estas famílias se encontram. Quanto mais os pais exercem controle sobre a alimentação da criança/adolescente mais ela resiste. Na quebra deste ciclo, em sessões de terapia familiar, importa identificar a linguagem utilizada por cada membro da

família na descrição do problema, a história do problema e as transações interpessoais que surgem no espaço da terapia. O objetivo da terapia passa pela promoção do diálogo familiar, clarificação de conflitos escondidos, desencorajar o controle, incentivo à mudança, construção de novas narrativas e inclui sessões individuais com cada um dos membros da família. Termina quando o terapeuta reconhece autonomia e capacidade da família na resolução dos seus problemas. O autor descreve seis passos a seguir na terapia familiar com anoréticas: negociação do contrato terapêutico, estimulação da colaboração dos pais no tratamento, referenciação a conflitos não resolvidos, clarificação das recaídas, estimulação do desenvolvimento individual de cada membro da família, apoio e valorização das transformações efetuadas.

Rockwell e colaboradores (2011) desenvolveram um programa de terapia familiar breve e intensivo para adolescentes com anorexia nervosa. Analisaram o caso de 19 adolescentes, entre os 10 e os 18 anos, e chegaram à conclusão de que este programa tem grandes resultados na recuperação e manutenção do peso. Tem a duração de uma semana e investe no esclarecimento das consequências da malnutrição na adolescente, de como a adolescente não tem noção de fome e da necessidade de aumentar de peso, assim de como é necessário aumentar muito o aporte calórico para aumentarem de peso pelo hipermetabolismo existente. As famílias ficam com a noção de que as adolescentes não conseguem regular o seu comportamento alimentar e que necessitam de ajuda na reabilitação nutricional.

O tratamento de base familiar (*Family-Based Treatment*), conhecido como o anterior método de Maudsley, foi desenvolvido no Hospital de Maudsley, em Londres, no ano de 1980. Vários foram os estudos que comprovaram a sua eficácia para adolescentes com menos de 18 anos (Couturier, Isserlin e Lock, 2010). O tratamento, com a duração entre 9 a 12 meses, foi descrito em manual por Lock e seus colaboradores, em 2001. Realizam-se sessões separadas com os pais e com a criança/adolescente, intercaladas de sessões familiares. As temáticas a desenvolver nas sessões individuais variam conforme a idade e a capacidade de elaboração de sentimentos e emoções, mas normalmente relacionadas com a gestão dos sentimentos acerca de si própria, na interação com os pares e com a família. Nas sessões com os pais são inicialmente abordadas estratégias focadas na recuperação do estado desnutrido da criança/adolescente, associadas a um grande suporte

aos pais valorizando o esforço e os aspetos positivos da intervenção destes. À medida que a criança/adolescente aumenta de peso e começa a responsabilizar-se pelas suas refeições, proporciona-se espaço para que se possam abordar outras problemáticas. Nas sessões familiares é estimulado que cada membro da família tenha a oportunidade de falar e ouvir também (Paulson-Karlsson, Nevonen e Engström, 2006). Numa fase inicial é solicitado aos pais que vigiem o exercício físico e as refeições até à autonomização da criança/adolescente nesta gestão. É também realizada uma refeição em família, introduzida por Minuchin (Jaffa *et al.*, 2002) na qual o técnico está presente no sentido de apoiar os familiares na gestão das dificuldades que surjam durante a refeição. Rosman *et al.* (1975) citados por Fishman (2006), descrevem este “almoço terapêutico” como uma oportunidade excecional para o terapeuta observar as interações familiares em redor da comida, assim como fazer intervenções in loco para apoiar na mudança dessas transações. Esta sessão proporciona um diagnóstico da família mais amplo uma vez que as características estruturais e disfuncionais da família vão estar mais evidentes. Na realidade, o foco vai também estar direcionado para a aprendizagem dos pais na valorização de outras temáticas da vida da família e não apenas na refeição em si. São ainda incentivadas atividades que estimulem a interação com os familiares e que descentalizem a família e a própria criança/adolescente da doença. Nas últimas sessões destaca-se o normal desenvolvimento da criança/adolescente, desfocado da doença, assim como valorizando as problemáticas desta faixa etária, tais como a autonomia, identidade, intimidade, relação com os pares (Lock e Fitzpatrick, 2009). Schomer (2003) citado por Cavalcante (2009), numa pesquisa que realizou sobre a terapia familiar, sumariza os dados abordados anteriormente ao destacar que na terapia familiar o trabalho inicial é informar sobre a doença, sobre as suas manifestações e consequências. E que, posteriormente, se trabalham os vínculos afetivos, os papéis desempenhados por cada um e a relação com a doença. Sintetizando, salienta-se a importância na alteração dos padrões de funcionamento familiar que contribuem para a manutenção do quadro sintomático, trabalhando com as hierarquias e fronteiras entre os vários subsistemas, promovendo assim a autonomia de cada um dos membros da família.

Há autores que defendem a intervenção multifamiliar como um importante modelo de intervenção familiar em famílias com adolescentes com anorexia. Podem ser envolvidas cerca de seis famílias em atividades e sessões em conjunto, passando por grupos de adolescentes, refeições com todas as famílias... (Dare & Eisler, 2000; Scholz &

Asen, 2001 citados por Piran, 2008). O objetivo de trabalhar com várias famílias em conjunto prende-se com a possibilidade de as famílias não se sentirem sozinhas e poderem partilhar entre si as dificuldades e estratégias, percebendo também que no percurso que estão a passar acontecem coisas boas (Byrne, 2001). Aprenderem com a experiência de outras famílias, diminuir o isolamento e o estigma e naturalmente abrir o leque de possibilidades e perspetivas no tratamento das famílias com um adolescente com anorexia (Scholz *et al.*, 2005). Na intervenção realizada por estes últimos autores numa clínica para problemas alimentares na Alemanha (Dresden Family Day Clinic for Eating Disorders), juntam entre seis a oito famílias em intervenção, cerca de vinte dias ao longo de doze meses.

Como já referido, a par da terapia familiar ou independentemente desta pode realizar-se intervenção psicoeducativa aos familiares, à família ou a um grupo de pais. Nicoletti *et al.* (2010, p. 218) resumem os objetivos de um grupo deste tipo: “esclarecer, orientar e informar sobre as características clínicas da doença, bem como suas consequências físicas, psicológicas e nutricionais, com vista a oferecer maiores subsídios às famílias no enfrentamento da doença e possibilitar maior adesão ao tratamento e prevenir a recaída”. Salientam ainda que os objetivos de um grupo psicoeducativo multifamiliar são “informação, suporte e responsabilização” (*idem*, p. 220). Abordam a frequência do encontro, mensal, com hora e meia de duração, enquanto o resto das terapias (familiar, individual) se deve efetivar semanalmente.

### **E) Intervenção em Grupos Terapêuticos**

Relativamente aos grupos terapêuticos de adolescentes com anorexia nervosa, segundo Gorgati, Holcberg e Oliveira (2002, p. 45) “programas que incluem psicoterapia grupal podem ser ineficazes durante a fase aguda. Podem frequentemente provocar efeitos negativos, pois aguçam a competitividade pela perda de peso”. Grupos homogêneos, em que prevaleça a mesma patologia não é então o mais indicado. No entanto, se forem grupos heterogêneos, poderão até ser benéficos para o adolescente uma vez que, é na relação com o outro que se vai conhecendo a si. Permite este a “mobilização de identificações e transferências múltiplas, possibilita que as cargas afectivas e as cadeias associativas

singulares se entrelacem favorecendo não só a suspensão do recalque, mas também, a construção de novas cadeias associativas” (Bucarechi, 2003, p. 121), acrescentando que “as múltiplas transferências permitem processos de identificação, de vinculação e de separação que podem ajudar o sujeito a entrar em contacto com a sua singularidade” (*idem*).

### 6.3.2. Consulta de Perturbações do Comportamento Alimentar

*“Silêncio, um momento connosco próprios, para pensar ou simplesmente para poder parar um pequeno momento. Pequeno momento, porque o silêncio demora a chegar e depressa se vai embora, sem esperar. Um momento de silêncio pode transmitir calma, conforto e até mesmo alegria ou felicidade, mas imaginemos que, o silêncio é sinónimo de solidão e que apenas está presente por nos sentirmos sozinhos? Ou, porque não, silêncio porque queremos estar sozinhos? Silêncio, pode ter muitos significados, sentimentos, pensamentos, cada um num certo momento, momento esse que depende do nosso estado de espírito e da maneira de ser. Para mim, o silêncio é muito agradável, gosto, mas, quem sabe, um dia, não se tornará num momento de infelicidade, de solidão, de saudade, quem sabe um momento que eu venha a temer... Mas, por enquanto, o melhor é aproveitar os pequenos momentos de paz para poder descansar e pensar, poder estar comigo mesma, sem mais ninguém, e não pensar no que se poderá tornar, pois agora é apenas um bom momento”*

Um momento, I.C, 13 anos

Em silêncio é como não podem ficar os pedidos de ajuda das adolescentes com anorexia nervosa. A estruturação de uma consulta externa organizada e multidisciplinar surge como um foco fundamental na melhor intervenção com as adolescentes com a referida problemática.

O tratamento em ambulatório promove a socialização, permite a interação num ambiente real e melhora os sentimentos de auto-eficácia (Keel e McCormick, 2010). Como constatámos anteriormente, a resposta de tratamento no ambulatório deve ser privilegiada. Ao pensar na estruturação de uma consulta multidisciplinar, delineámos como objetivo geral: melhorar a qualidade dos cuidados prestados a adolescentes com perturbações do comportamento alimentar. E, como objetivos específicos: aumentar o grau de satisfação da criança/adolescente e sua família, diminuir a gravidade das complicações da doença, diminuir a gravidade das comorbilidades, diminuir o número de internamentos, diminuir a influência dos fatores de manutenção da doença e estimular o trabalho em equipa.

Na estruturação da consulta é necessário criar critérios de referenciação para a mesma e critérios de inclusão. É essencial ter definida a intervenção de cada profissional na equipa multidisciplinar, a sua forma de articulação, e naturalmente criar um espaço para discussão dos casos. Desta forma, é proposto o Protocolo de Referenciação para a Consulta de Comportamento Alimentar (Apêndice IX), uma vez que os pedidos poderão surgir das Consultas de Pediatria, Serviço de Urgência de Pediatria, Consulta de Pedopsiquiatria, Consulta de Psicologia, Centros de Saúde, Internamento de Pediatria e Internamento de Pedopsiquiatria. São ainda definidos os critérios de admissão e acompanhamento na Consulta de Perturbações do Comportamento Alimentar, apoiados nos critérios de diagnóstico da APA (Apêndice X). A Equipa a integrar a Consulta é composta por um pedopsiquiatra, um psicólogo clínico, um enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental, um dietista e um terapeuta familiar, cada um com um papel específico na intervenção com estas jovens (Apêndice XI). Assim sendo, é proposto acompanhamento pedopsiquiátrico, de enfermagem, de psicologia clínica, pela dietista, podendo ainda ser feita intervenção familiar e em grupos de pais. Neste protocolo de funcionamento e de intervenção na Consulta de Perturbações do Comportamento Alimentar, a intervenção de enfermagem não está muito especificada, uma vez que será abordada no ponto seguinte. Importante referir que a intervenção planeada está somente direcionada para diagnósticos de Anorexia Nervosa (âmbito do projeto).

Planeia-se que a Equipa reúna quinzenalmente, durante 45 minutos, em dia pré-estabelecido. Com a salvaguarda que no início do projeto as reuniões se possam realizar semanalmente e só posteriormente quinzenalmente, até a equipa encontrar o seu equilíbrio.



### 6.3.3. Consulta de Enfermagem na Consulta de Perturbações do Comportamento Alimentar

*“o essencial é invisível aos olhos”*

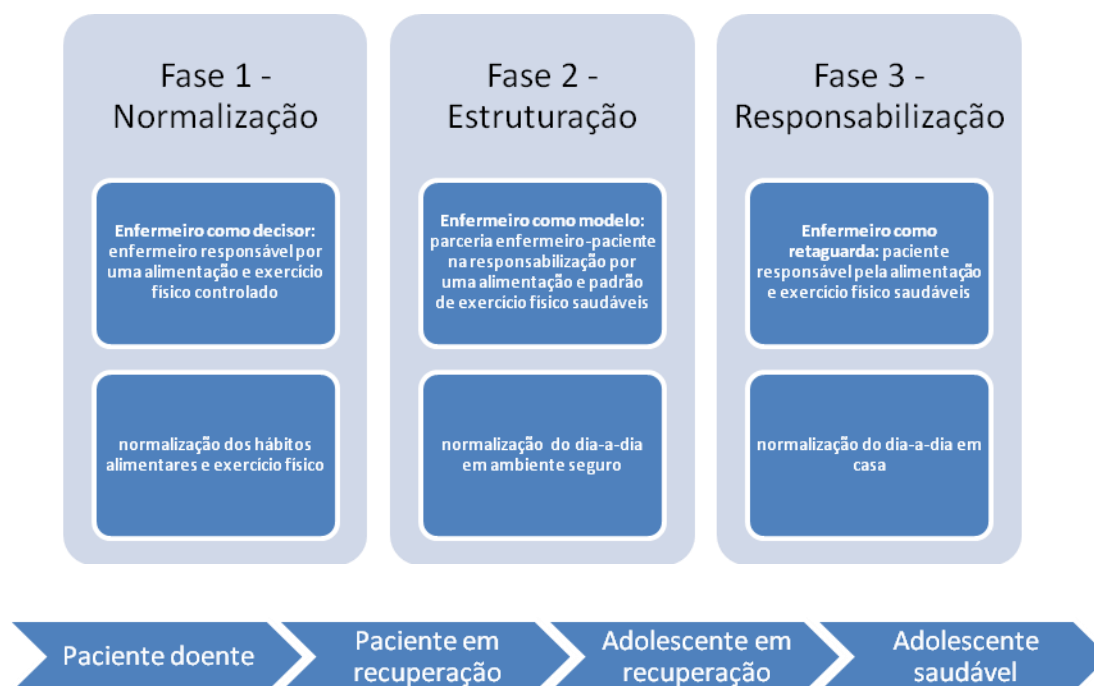
Saint-Exupéry (2002, p. 74)

A consulta de enfermagem surge inserida na consulta de perturbações do comportamento alimentar, como abordado anteriormente. A consulta de enfermagem é definida como uma “intervenção visando a realização de uma avaliação, o estabelecer de plano de cuidados de enfermagem, no sentido de ajudar o indivíduo a atingir a máxima capacidade de autocuidado” (Portaria n.º19/2012, p. 352). Importante relembrar que a consulta de perturbações do comportamento alimentar implica a intervenção de enfermagem em outros diagnósticos médicos fora dado o âmbito deste trabalho. A consulta de enfermagem aqui abordada será apenas focada na intervenção de enfermagem com crianças/adolescentes com anorexia nervosa.

Segundo Keel e McCormick (2010), a recaída ocorre em 30% dos utentes com anorexia nervosa, sendo um resultado da transição entre os espaços de intervenção, nomeadamente do internamento para o ambulatório. Salientam as conclusões de Howard *et al.*, 1999 e Treal *et al.*, 2008, dado referirem que uma curta duração da doença e um alto IMC no tempo da transição do internamento para o ambulatório influencia um melhor resultado (*idem*). Referem ainda que a transição deve ser planeada, a equipa que irá receber o utente conhecida e devem ser dadas informações importantes à mesma (*ibidem*). Com o intuito de diminuir a possibilidade de recaída e antecipando as várias transições que ocorrem nesta fase (desenvolvimento-adolescência, doença para saúde, situacional-ambulatório/internamento), segundo a teoria de Meleis, salienta-se a importância de existir uma articulação próxima com o internamento, que permita uma passagem o mais estruturada e acompanhada possível. O enfermeiro deve avaliar sistematicamente a prontidão para a mudança, a preparação da adolescente para a mudança e as necessidades de suplementação para que a transição ocorra da forma mais positiva para a adolescente.

Ommen *et al.* (2009, p. 2807) descrevem os aspetos centrais nos cuidados de enfermagem a adolescentes com anorexia nervosa:

**Figura n.º 6** – Fases dos cuidados de enfermagem a adolescentes com anorexia nervosa



Esta planificação de fases relembra o papel da enfermeira suficientemente boa, enfermeira que cuida, sustenta, que acompanha a adaptação ao mundo exterior, estimulando a coerência e continuidade do *self*. Remetendo agora para a teoria de Hildegard Peplau, podemos identificar durante estas três fases os vários papéis da enfermeira, nomeadamente de estranha, recurso, professora, líder, substituta e conselheira. A intervenção do enfermeiro visa a autonomização e responsabilização da adolescente pelo seu projeto terapêutico, pela melhoria da sua doença. Deve o espaço da consulta “propiciar ao paciente um espaço seguro e confiável para que ele possa compartilhar seu mundo interno e encontrar outras expressões para o sintoma” (Gorgati, Holcberg, Oliveira, 2002, p. 46), lembrando Winnicott, é importante que o enfermeiro no seu setting terapêutico crie um espaço transicional, no qual a adolescente consiga passar de um estado de dependência absoluta para um estado de dependência relativa.

A frequência do acompanhamento pelo enfermeiro na consulta varia consoante os diagnósticos de enfermagem levantados após a recolha e análise dos dados disponibilizados pela adolescente e sua família. Objetivamente, a frequência de monitorização do peso, vigilância das complicações da doença, e da necessidade de ensinamentos, varia conforme as fases da doença e dita a frequência do acompanhamento. A monitorização do peso deve ser feita semanalmente, na mesma balança, se possível no

mesmo horário, com o mesmo vestuário e após ir à casa-de-banho (Keel e McCormick, 2010). Porém, numa fase de maior autonomização e responsabilização da adolescente, a monitorização do peso pode ser realizada quinzenalmente, ou mesmo mensalmente. Relembrando, devem ainda ser monitorizadas as complicações da doença: hipotermia, bradicardia, palpitações, hipotensão, edemas, hipoglicémia, obstipação, esvaziamento gástrico lentificado, acrocianose, extremidades frias, lanugo, unhas quebradiças, cabelo quebradiço e queda de cabelo, pele facilmente macerada ou com úlceras de pressão, maior irritabilidade, apatia, dificuldades na concentração, insónia, entre outros.

Os **objetivos da consulta de enfermagem** são:

- Promover o auto-conhecimento da adolescente;
- Melhorar o auto-conceito da adolescente;
- Ajudar no estabelecimento de um padrão alimentar adequado;
- Apoiar no reconhecimento de padrões de comportamento desajustados;
- Promover o estabelecimento de relações mais saudáveis a nível familiar;
- Promover o estabelecimento de relações mais saudáveis a nível social.

São algumas das **estratégias/atividades a desenvolver**, durante a consulta:

- Monitorizar a ingestão alimentar/ cumprimento do plano alimentar da adolescente através de um diário alimentar;
- Definir quem confeciona as refeições, quem serve e quem monitoriza o seu cumprimento;
- Ensinar sobre a necessidade de vigilância da adolescente durante as refeições, proibição de ida ao WC durante e imediatamente após as refeições, assim como o tempo das refeições;
- Identificar os sentimentos e comportamentos associados à ingestão alimentar, através do registo de sentimentos e comportamentos junto do diário alimentar;
- Trabalhar com a adolescente os sentimentos vivenciados e os comportamentos observados durante as refeições nos diversos contextos (escola, família, grupo de pares...)
- Estabelecer de um padrão alimentar adequado através do acompanhamento e ensino à adolescente e família;
- Monitorizar as complicações da doença;
- Realizar ensino sobre as complicações da doença;

- Desmistificar ideias pré-concebidas e crenças sobre a doença;
- Apoiar a adolescente no reconhecimento dos seus sentimentos, emoções, valores, comportamentos;
- Acompanhar a adolescente na descoberta da sua identidade;
- Acompanhar a adolescente no desenvolvimento de estratégias de resolução de problemas;
- Trabalhar com a adolescente a relação com a sua imagem corporal;
- Trabalhar a relação da adolescente com o peso e suas oscilações;
- Ensinar sobre a importância de a pesagem ocorrer sempre na mesma balança, proibindo assim as balanças no domicílio;
- Monitorizar o IMC;
- Monitorizar o padrão de exercício físico;
- Ensinar sobre a necessidade de vigilância e contenção do exercício físico;
- Promoção de um padrão de sono adequado;
- Realizar ensino à família sobre as vigilâncias a efetuar (alimentação, exercício físico, comportamento, idas ao WC, sono...)
- Trabalhar o conceito de si e a relação com o que os outros acham de si;
- Trabalhar os comportamentos do dia-a-dia, sua origem, repercussões e mecanismos de manutenção do mesmo;
- Identificar padrões de relacionamento na família;
- Identificar antecedentes familiares;
- Identificar o significado da doença para a adolescente e para a família;
- Identificar o papel da adolescente na família e sentimentos associados;
- Identificar as consequências da doença nas interações familiares;
- Estimular o processo de autonomização;
- Trabalhar estratégias de resolução de conflitos;
- Identificar padrões de relacionamento com os pares;
- Analisar as estratégias utilizadas para lidar com conflitos, comentários...;
- Articular e colaborar com os diversos profissionais intervenientes no projeto terapêutico;
- Articular com a escola quando o regresso/adaptação a esta for um fator dificultador;

- Promover a adesão à terapêutica;
- Promover padrões de vida mais saudáveis;
- Melhorar a satisfação das adolescentes com anorexia nervosa.

Salientamos a importância da abordagem dos sentimentos, das vivências, do conceito da adolescente sobre si, como pilares da intervenção. O auto-conceito é definido como o “conceito que o indivíduo faz de si próprio como um ser físico, social e espiritual ou moral (...) o conceito de si mesma, nasce em parte no que ele acha que os outros pensam a seu respeito” (Sequeira, 2006, p. 57). Procura-se responder a perguntas tais como quem sou eu? como sou eu? Importa aqui trabalhar como a adolescente se vê, a sua imagem, a sua autoestima e posteriormente abordar a influência que ela permite que os outros tenham sobre si. Como referem Refosco e Macedo (2010, p. 77) “o olhar do outro assume fundamental importância, pois é nele que se buscará o reconhecimento e a valoração” uma vez que estas adolescentes também “tendem a ter uma visão distorcida da sua relação com outros, assim como com elas próprias” (Wright, 2010, p. 159). Também por causa deste olhar do outro, estas adolescentes têm dificuldade nas relações interpessoais, na expressão dos seus sentimentos. São descritas como possuidoras de “pouco controle sobre a própria vida e por isso, se irrita facilmente. E também, tem a necessidade de agradar a todos e é capaz de cuidar mais dos outros do que de si própria” (Arantes, 2010, p. 3). Desta forma importa realizar um trabalho que também assente no desenvolvimento de competências relacionais, na relação com o outro, expressão dos sentimentos, conhecimento de si. Trabalhar com as famílias vai assentar principalmente na compreensão da doença e seus efeitos na dinâmica familiar, ajudá-las a “separar os comportamentos que permitem ou apoiam a doença” (Treasure *et al.*, 2008, p. 254). Skårderud (2007) realizou um interessante paralelismo entre os sentimentos vivenciados pelas adolescentes e metáforas corporais específicas. Identificou o *vazio/cheio* como a dificuldade em lidar com as emoções/sentimentos, sendo cheio o desvelamento das emoções e o vazio simbolizado pelo vômito. A *pureza* relacionou-a com a vida pura e simples, com poucas calorias e gorduras, sem mistura de alimentos. A *espacialidade* na medida em que pretende ocupar espaço emocionalmente nas relações que estabelece. *Peso/leveza*, o peso de não conseguir pensar sobre as relações insuportáveis. *Solidez* através da realização de exercício físico que permite sentir o corpo, os músculos. *Remoção*,

remoção das emoções e cognições através da perda de peso. Fê-lo também com metáforas compostas: *controle*, sendo o aumento da sensação de controle na vida; *vulnerabilidade/proteção* na relação com o corpo, nas relações estabelecidas, no eu/outro, no dentro/fora; *auto-valorização* na medida em que a comida é sentida como recompensa. Ajudam estas metáforas a compreender melhor as ambivalências que uma adolescente com anorexia nervosa poderá sentir.

Como referimos, é importantíssimo que o enfermeiro seja firme ao colocar as regras e que sirva como modelo de prática de hábitos saudáveis. Bakker *et al.* (2011) defendem essa mesma ideia. Realizaram um estudo no qual se propuseram identificar quais os aspetos da intervenção de enfermagem eram mais efetivos, do ponto de vista dos enfermeiros, na recuperação do peso nas adolescentes com anorexia nervosa. Evidenciaram o estabelecimento de uma boa relação terapêutica. Especificam posteriormente atitudes como realizar pressão para comer de modo a quebrar com os hábitos alimentares anoréticos; empatia e compreensão acompanhada de um foco na mudança dos hábitos alimentares; apoio aos pais na mudança de comportamento durante as refeições; apoio na tomada de escolhas positivas; supervisão e suporte; incentivo para a adolescente participar em refeições em conjunto com outras pessoas e em diversos contextos; e apoio e suporte aos pais.

Após a avaliação da adolescente e sua família é discutido com estas o projeto terapêutico e, na consulta de enfermagem, é delineado em conjunto um plano de objetivos a atingir, prioridades, estratégias e recursos a utilizar. Um plano que deve ser reavaliado sistematicamente no sentido de documentar os efeitos das intervenções e serem levantadas novas necessidades.

Para uma melhor sistematização e recolha de dados, úteis na caracterização dos utentes observados em consulta, assim como na avaliação da intervenção realizada, propõe-se que seja criada uma base de dados na qual sejam registados dados de caracterização da população, intervenções de enfermagem realizadas e indicadores de avaliação sensíveis aos cuidados de enfermagem.

### **6.3.4. Sessão de Formação em Serviço na Unidade de Internamento**

*“A raposa calou-se e ficou a olhar para o príncipezinho durante muito tempo.*

*- Se fazes favor... Cativa-me! – acabou finalmente por pedir”*

Saint-Exupéry (2002, p. 69)

Necessitam estas adolescentes de ser cativadas, para que a intervenção terapêutica possa ser eficaz e eficiente. E, como analisado anteriormente, os enfermeiros desenvolvem inúmeras intervenções com vista à melhoria contínua dos cuidados prestados (Apêndice VI), assim como é também visível nos registos que efetuam (Apêndice V). Com estes dados faz sentido dar feedback aos enfermeiros do trabalho desenvolvido, valorizando-o e dar-lhes ainda a conhecer quais são as reais necessidades das adolescentes. Com este fim, planeou-se uma sessão de formação em serviço para divulgar esta informação, estando o seu planeamento em apêndice (Apêndice XII). Para além de fornecer esta informação é importante refletir sobre o trabalho desenvolvido e planear estratégias de melhoria na prestação de cuidados de forma a responder às necessidades das adolescentes. No final da sessão é proposto o preenchimento de uma folha de avaliação, que pretende registar se a sessão foi de encontro às expectativas dos formandos, assim como avaliar o desempenho do formador (Apêndice XIII). Porém, mais importante que essa avaliação é perceber os efeitos da formação nos formandos, no seu desempenho. Ou seja, com esta formação pretende-se, para além da divulgação da informação, refletir sobre a prática e fomentar o desenvolvimento de intervenções que correspondam às necessidades identificadas, melhorando assim o grau de satisfação das adolescentes, o processo de transição do internamento para o ambulatório e todo o projeto terapêutico.

## **6.4. Planeamento da Avaliação**

A avaliação do projeto de intervenção implica a avaliação do processo em si de implementação e dos objetivos finais após a execução do mesmo. Uma vez que não realizámos a etapa de execução do projeto propusemos a avaliação do processo, isto é, durante a implementação do projeto e naturalmente no final da execução.

Durante a implementação é importante que o projeto vá sendo avaliado em termos de pertinência dos objetivos e ainda sobre as estratégias desenvolvidas e a desenvolver. Deve ser realizada uma compreensão crítica sobre o mesmo ao final de 6 meses e ao final de 1 ano, a nível da sua exequibilidade, eficácia e eficiência. Esta reflexão deve ir sendo realizada ao longo da implementação da Consulta de Perturbações do Comportamento Alimentar, em reuniões de equipa, no entanto, ao final de um tempo de execução deve ser realizada uma reunião de equipa apenas com este propósito.

Inicialmente as dificuldades podem estar relacionadas com a delimitação da consulta a uma manhã por semana, uma vez que não se poderá aumentar o número de consultas pelo facto de não haver técnicos, nem espaço físico disponíveis. No início da abertura da consulta possivelmente surgirão dificuldades na referenciação para esta consulta específica, sendo necessário manter a sensibilização dos critérios junto dos técnicos prescritores. Será muito importante uma articulação próxima com os serviços de internamento e Hospitais de Dia, para os quais possam ser encaminhadas as crianças/adolescentes, assim como poderão ser locais de origem para a consulta.

Como referido, ao final de 6 meses e 1 ano deve ser realizada uma avaliação do funcionamento da consulta. Deve ter-se em conta a pertinência da consulta através do número de casos referenciados e de acompanhamento em consulta, assim como a sua sustentabilidade e continuidade no tempo. Devem ser revistos os objetivos da consulta, os critérios de inclusão e exclusão da mesma, o protocolo de referenciação, a divulgação e, naturalmente o funcionamento da equipa e os tempos de discussão de casos. Nesta altura, em que se pondera que a articulação entre os diversos profissionais se faça de forma fluída, em que se fez um levantamento dos utentes referenciados à consulta e das suas necessidades, seria importante utilizar instrumentos de avaliação que evidenciassem a eficácia e eficiência da consulta, assim como o grau de satisfação dos utentes e seus familiares. Através de uma base de dados são registadas informações passíveis de serem utilizadas na avaliação de indicadores, indicadores estes que permitem realizar uma apreciação mais pormenorizada da pertinência e funcionamento da consulta. São identificados os seguintes indicadores de avaliação na Consulta de Perturbações do Comportamento Alimentar:

- Número total de casos referenciados para a Consulta de PCA;
- Número efetivo de casos diagnosticados com PCA;



- Número de casos com diagnóstico de AN;
- Número de casos referenciados pelo internamento;
- Número de casos com critérios de encaminhamento para o internamento;
- Número de casos acompanhados pela Psicologia Clínica;
- Número de casos encaminhados para a Pediatria;
- Número de casos acompanhados pelo Serviço de Dietética;
- Número de casos seguidos em Terapia Familiar;
- Número de sessões de Grupo de Pais;
- Número de famílias em Grupo de Pais;
- Número total de altas da Consulta de PCA.

Paralelamente à avaliação da Consulta de Perturbações do Comportamento Alimentar é efetuada a avaliação da Consulta de Enfermagem. Os indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem são baseados nos focos, diagnósticos e intervenções de enfermagem. Desta forma propomos como indicadores de avaliação desta consulta:

- Número de casos encaminhados para a Consulta de Enfermagem;
- Número total de Consultas de Enfermagem;
- Número de casos com um diagnóstico de PCA;
- Número de casos com diagnóstico de Anorexia Nervosa;
- Número de sessões de Terapia Familiar na qual esteve presente o enfermeiro;
- Número de sessões de Grupo de Pais na qual esteve presente o enfermeiro;
- Número de casos com alta da Consulta de Enfermagem
- Grau de satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem;
- Grau de satisfação dos familiares com os cuidados de enfermagem.

Como referimos anteriormente, é de relevante importância o registo dos diagnósticos e intervenções de enfermagem para que posteriormente se possa calcular a efetividade da intervenção de enfermagem na prevenção de complicações assim como nas modificações positivas no estado dos diagnósticos de enfermagem.

Para além da avaliação descrita anteriormente será tida em conta a concretização dos objetivos propostos assim como a pertinência das estratégias/atividades desenvolvidas na consulta de enfermagem. São alguns dos resultados esperados, que traduzem uma evolução positiva da intervenção terapêutica:

- Ser capaz de reconhecer e gerir os seus sentimentos e emoções;
- Estabelecimento de estratégias adaptadas à resolução de problemas;
- Melhoria da satisfação com sua imagem corporal;
- Diminuição da ansiedade antes das pesagens;
- Obtenção de um IMC adequado;
- Melhoria do auto-conceito;
- Realização de uma alimentação saudável;
- Identificação dos fatores que antecedem e mantêm o comportamento de restrição alimentar;
- Reconhecimento dos padrões de comportamento;
- Alteração dos comportamentos desajustados;
- Melhoria da relação familiar;
- Identificação do seu papel na família;
- Melhoria da perceção de funcionalidade familiar;
- Melhoria da relação com os pares.

Contudo, são necessários dados mais concretos que nos respondam à eficácia da intervenção realizada. Desta forma será importante a utilização de instrumentos de avaliação que evidenciem então a eficácia e eficiência da intervenção. Na pesquisa efetuada identificámos um conjunto de instrumentos mais utilizados na área das perturbações do comportamento alimentar, validados e adaptados à população portuguesa. Com o intuito de avaliar a melhoria do auto-conceito da adolescente sugere-se a aplicação da Escala do Auto-conceito (Piers-Harris Children's Self-Concept Scale – PHCSCS-2, com adaptação portuguesa de Veiga, 2006, para indivíduos entre os 8 e os 18 anos) no início e no fim do acompanhamento (Veiga, 2006). Como constatamos, o estado de ansiedade é algo que acompanha as adolescentes durante muito tempo, sendo dessa forma esse um foco de intervenção. De forma a avaliar a mudança do score de ansiedade

propomos a Escala Revista de Ansiedade Manifesta para Crianças - RCMAS (1978), validade e adaptada por Fonseca (1992), para crianças e adolescentes entre os 6 e os 19 anos, aplicada também no início e no fim do acompanhamento. Conhecer o ponto de distorção da imagem corporal da adolescente é um dado que nos permite de alguma forma compreender a imagem que a adolescente tem de si com o fim de trabalhar com ela essa imagem. A Silhueta Corporal de Collins (1991) consegue dar-nos essa perspectiva, devendo ser aplicada no início e fim do acompanhamento, tendo um formato para crianças menores de 12 anos e outra para maiores de 12 anos. Com o objetivo de conhecer o nível de satisfação com a sua imagem corporal podemos utilizar o Body Shape Questionnaire BSQ (Cooper *et al.*, 1987), traduzido por Santos e Baptista (1997), utilizando a mesma referência temporal. Parece-nos ainda importante efetuar o levantamento de atitudes e comportamentos relacionados com a perturbação do comportamento alimentar. Propomos, para realizar esta identificação, a aplicação do Eating Disorder Examination Questionnaire – EDE-Q (6ª edição, de Fairburn & Beglin, 1994, traduzido e adaptado por Machado *et al.*, 2002) no início e fim do acompanhamento. Este questionário reflete a severidade clínica da psicopatologia da perturbação alimentar através dos scores das subescalas: restrição, preocupação com a alimentação, preocupação com a forma corporal e preocupação com o peso. Quando abordados os tipos de intervenção possíveis foi realçada a importância da família. Importa-nos perceber como se sente a adolescente no contexto da sua família e, o instrumento que nos pode dar o nível de bem-estar na família é a Escala de APGAR familiar (Smilkstein, 1978), aplicada a partir dos 10 anos, sem evidência de variações culturais, aplicada também no início e fim do acompanhamento. Importante referir que a aplicação de escalas deve seguir as diretrizes internacionais para a utilização de testes (International Test Commission, 2003).

Mais importante que este planeamento será a avaliação, como referimos, ao longo e no final do projeto. A pertinência de cada objetivo e intervenção, as estratégias utilizadas... De salientar ainda as aprendizagens efetuadas e a importância do projeto para cada membro implicado.

## **6.5. Divulgação dos Resultados**

Esta é a última fase do trabalho de projeto, mas não menos importante. A divulgação dos dados obtidos começou com a partilha com os enfermeiros do internamento dos resultados obtidos na recolha efetuada nos processos clínicos e nas entrevistas efetuadas, primeiro nas passagens de turno, de forma mais informal e de forma mais formal na sessão de formação. Estes momentos foram despoletando grandes discussões e reflexões sobre a prática desenvolvida e sobre os resultados em si. Iniciaram-se no local de estágio reuniões semanais multidisciplinares, na procura de planejar e implementar a Consulta de Comportamento Alimentar na Área da Psiquiatria da Infância e Adolescência do referido Hospital. Durante estas foram apresentados e discutidos os dados recolhidos nas entrevistas e processos clínicos. Posteriormente, foram apresentados os resultados em formato de póster no XXIII Encontro Nacional de Psiquiatria da Infância e Adolescência, em Maio 2012. Na continuação da divulgação dos resultados realizamos este trabalho que será alvo de discussão pública, assim como propomos um artigo para publicação (Apêndice I).

## **6.6. Considerações Éticas**

Durante todo o processo de planeamento e realização das fases do projeto de intervenção em serviço, tivemos em conta os princípios éticos e deontológicos da profissão e do processo de investigação. Segundo Nunes (2013) são requisitos básicos a considerar na avaliação ética de um projeto de investigação, durante todas as fases: relevância do estudo, validade científica, seleção da população em estudo, relação risco-benefício, revisão ética independente, garantia de respeito dos direitos dos participantes (consentimento informado, esclarecido e livre, confidencialidade e proteção dos dados). Requisitos que procurámos ter em conta. De relembrar ainda que segundo as Diretrizes Éticas para a Investigação em Enfermagem emanadas pelo International Council of Nurses, são seis os princípios éticos que devem guiar a investigação em enfermagem: beneficência, avaliação da maleficência, fidelidade, justiça, veracidade, confidencialidade (Nunes, 2013). Princípios estes sempre presentes em cada uma das etapas do processo de realização deste projeto.

Na procura de garantir a confidencialidade de todos os dados, o local de recolha de dados não foi identificado, assim como os participantes. Foi solicitada autorização à Área de Psiquiatria da Infância e Adolescência do Hospital em questão o acesso aos processos clínicos e a realização de entrevistas semiestruturadas a profissionais de saúde e a utentes identificadas através dos processos clínicos. Naturalmente, este pedido de autorização foi acompanhado da explicação do projeto, âmbito e responsabilidade, assim como dos anexos dos termos de consentimento livre e esclarecido e dos guiões das entrevistas semiestruturadas. Durante a fase de recolha de dados foi obtido o consentimento livre e esclarecido das adolescentes entrevistadas, seus tutores legais e igualmente dos profissionais de saúde, na participação do estudo e na divulgação e publicação dos resultados. Foi também solicitada a gravação áudio das entrevistas. O consentimento foi obtido por escrito, após serem explicadas as fases do projeto, o seu âmbito, os objetivos do mesmo e de ser esclarecida a garantia da confidencialidade dos dados e assegurada a privacidade e anonimato dos participantes. Foram ainda informados da possibilidade de poderem suspender a sua participação a qualquer momento, não sofrendo qualquer dano, nem qualquer mudança na assistência na Instituição. Dispusemo-nos à inteira disposição para qualquer esclarecimento ao longo da realização deste projeto. Durante a análise de dados mantivemos o rigor e uma análise isenta.

Importante salientar que a população em estudo se encontra em diversos pontos mais vulnerável, nomeadamente pelo facto de se tratar de menores, em situação de doença, mais especificamente de doença mental. Desta forma, acresce a responsabilidade pelo respeito dos direitos dos participantes do estudo, implicando assim o reconhecimento dos princípios enunciados na Declaração de Helsínquia (2008), Relatório de Belmont (1979), Código de Nuremberg (1947), Convenção sobre os Direitos do Homem e da Biomedicina (2001), Deliberação n.º 227/2007 da Comissão Nacional de Proteção de Dados que aborda o tratamento de dados pessoais efetuados no âmbito de estudos de investigação científica na área da saúde, Declaração Universal sobre a Bioética e Direitos Humanos, 2006, entre muitos outros (Nunes e Melo, 2007; Veiga, 2006; Nunes, 2013).

Na divulgação dos resultados é imprescindível que se mantenham todos os princípios de proteção dos participantes, mantendo assim o compromisso ético e deontológico do profissional e do investigador.



**PARTE II - ANÁLISE CRÍTICA DAS  
COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM  
DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA**





## 7. O CAMINHO... COMPETÊNCIA A COMPETÊNCIA

Durante o percurso enquanto mestranda e enfermeira especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiatria foram realizadas diversas e importantes aprendizagens, caminhando para a aquisição de um conjunto de competências que caracteriza o mestre em enfermagem de saúde mental e psiquiatria. As competências de mestre nesta área de especialidade estão descritas no ponto 4 do artigo 2.º do Regulamento do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal (IPS–ESS, 2011). Com o intuito de melhor compreendermos como o percurso de aprendizagem foi feito e de como as aprendizagens realizadas se foram transformando em competências, apresentamos de seguida a análise crítica de cada uma das competências de mestre em enfermagem de saúde mental e psiquiatria e de como essa competência foi adquirida/demonstrada. A definição de competência é já estudada há muito tempo, tendo aplicações várias conforme as associações feitas pelos autores. Apresentamos de seguida algumas dessas definições (Correia, 2012, p. 15):

McClelland (1973)	Competência é uma característica pessoal relacionada com uma atuação superior na realização de uma tarefa numa determinada situação
Benner (1982)	A capacidade para desempenhar uma função ou tarefa, com o desejável resultado, nas diferentes circunstâncias da realidade
Spencer e Spencer (1993)	Uma competência é uma característica intrínseca de um indivíduo que apresenta uma relação de causalidade com critérios de referência de efetiva e superior performance, numa dada atividade ou situação
Alspach (1995)	A distinção entre competência e competente está em que este implica uma

	<p>             pessoa potencialmente habilitada ao desempenho e a competência dá ênfase a uma prática ou função específica           </p>
<p>             Le Boterf (2005)           </p>	<p>             A competência tende a definir-se em termos de saber agir e reagir, ser competente é então “saber o que fazer” e “quando”. A competência de um indivíduo resulta um movimento dinâmico entre a sua qualificação e a sua situação de trabalho, tendo em conta que o posto de trabalho por retorno modifica a sua competência           </p>
<p>             Boyatzis (2005)           </p>	<p>             A competência traduz-se como capacidade ou habilidade. É um conjunto de comportamentos, relacionados mas diferenciados, organizados em torno de um constructo subjacente, o qual chamamos de “intento”           </p>

**Quadro n.º4** - Definição de Competência (Correia, 2012, p. 15)

Olhamos agora para as competências de mestre:

**1. Demonstra competências clínicas específicas na conceção, gestão e supervisão clínica dos cuidados de enfermagem:**

- a) realiza avaliações exaustivas do indivíduo, das famílias e das comunidades, em situações complexas;
- b) sintetiza e analisa criticamente os dados das avaliações para uma tomada de decisão segura;
- c) diagnostica e gere problemas e condições de saúde;
- d) prescreve intervenções de enfermagem geral e especializada;
- e) inicia e coordena a educação a indivíduos, famílias, para proteger e promover a sua saúde e prevenir doenças;

f) referencia e recebe referência de doentes e famílias, para assegurar a continuidade dos cuidados;

g) avalia a prática para assegurar serviços de saúde profissionais, éticos, equitativos e de qualidade.

(IPS–ESS, 2011, p. 4)

A intervenção especializada na área da saúde mental implica a avaliação das necessidades em saúde mental, a realização de diagnósticos de enfermagem, previsão de resultados esperados e gestão do processo de enfermagem. Durante o exercício profissional enquanto enfermeira, enfermeira especialista e mestranda, ocorreram diversas oportunidades de analisar a história de cada criança/jovem, família e proceder à avaliação das suas necessidades, conduzindo à realização de diagnósticos, planeamento de intervenções e previsão de resultados esperados, isto é, estabelecendo um processo de enfermagem com o cliente de cuidados. Este trabalho também traduz a avaliação das necessidades das adolescentes com perturbações do comportamento alimentar, conduzindo à formulação de um problema/diagnóstico. De acordo com a evidência e tendo em conta as questões éticas, legais e deontológicas, foram planeadas intervenções de enfermagem.

No desempenho da atividade profissional tem sido fundamental uma postura promotora da saúde mental do cliente, sua família e comunidade. Na intervenção com crianças/adolescentes, famílias e parceiros da comunidade torna-se imprescindível ter um papel de promoção, prevenção e aconselhamento. O trabalho com as crianças/adolescentes e famílias é mais próximo, personalizado e, com a comunidade, é feito através do apoio e articulação com os parceiros da comunidade.

O cliente tem direito à continuidade de cuidados e, desta forma, por vezes é necessário encaminhar o cliente e/ou família para outro profissional de saúde e/ou prestador de cuidados. Em alguns casos, de acordo com as necessidades do cliente, limitações profissionais ou da própria Instituição, torna-se necessário encaminhar o cliente para outro profissional de saúde e/ou outra Instituição. Esta articulação aconteceu diversas vezes ao longo da atividade profissional e durante o estágio do mestrado, uma vez que a Unidade de Internamento é um serviço de intervenção especializada que recebe as crianças/adolescentes para novamente as encaminhar para a comunidade. Este trabalho é

também uma reflexão sobre a necessidade de articulação entre a Unidade de Internamento e o ambulatório, nas situações de anorexia nervosa.

Durante a realização do Curso de Mestrado em Enfermagem realizámos o Curso de Supervisão Clínica em Enfermagem que permitiu adquirir importantes competências de acompanhamento dos pares e avaliação da prática clínica. Durante a realização deste curso foi possível participar na orientação de estudantes de enfermagem e integração de pares, sob supervisão. A reflexão sobre a prática clínica e contextos de trabalho levou a que atualmente estivéssemos mais atentos aos contextos e práticas, com uma postura mais crítica e reflexiva sobre os mesmos. Ainda de realçar as reuniões de equipa multidisciplinar e de enfermagem na discussão de casos, planeamento de intervenções e intervenção entre pares.

## **2. Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos e competências ao longo da vida e em complemento às adquiridas:**

- a) identifica os seus próprios recursos pessoais, ajustando as necessidades de formação ao seu próprio projeto pessoal/profissional;
- b) valoriza a auto-formação como componente essencial do desenvolvimento.

(IPS–ESS, 2011, p. 4)

A formação, o desenvolvimento de competências pessoais e profissionais, o empenho pelo desempenho de uma prática de cuidados baseados na excelência e qualidade, foram pontos que sempre acompanharam o percurso de crescimento enquanto pessoa e enfermeira. A descoberta pela área de saúde mental e psiquiatria iniciou-se no desempenho de funções enquanto enfermeira numa Unidade de Internamento de Pediatria. A necessidade de realizar intervenções mais específicas e fundamentadas conduziu à realização de uma Pós-Graduação em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria. Com a aquisição de novas competências fez sentido aplicar os conhecimentos adquiridos num serviço de especialidade. O percurso profissional teve continuidade numa Unidade de Internamento de Psiquiatria da Infância e Adolescência e atualmente no ambulatório de um Serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência. Ser enfermeira nesta área de especialidade conduziu à realização do Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria e posteriormente ao Curso de Mestrado em

Enfermagem. Paralelamente, e na procura de complementar as competências já adquiridas demos um primeiro passo num caminho pela Sociedade de Psicoterapias Breves. Inicialmente com a realização de uma psicoterapia pessoal didática, e posteriormente, com a realização do Curso de Técnicos de Aconselhamento e, atualmente, a frequência do Curso de Psicoterapeutas.

O interesse por uma área específica, como é a psiquiatria da infância e adolescência, conduz à procura de conhecimento e de aprendizagens mais específicas desta área, seja através de congressos, seminários, partilhas com peritos da área e naturalmente procura de evidência científica na prática de cuidados de enfermagem.

Na realização deste trabalho foi importante, para além da pesquisa bibliográfica, a observação de consultas específicas de perturbações do comportamento alimentar e a discussão de ideias com peritos na área das perturbações do comportamento alimentar.

### **3. Integra equipas de desenvolvimento multidisciplinar de forma proactiva:**

a) aplica os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a sua área de especialização;

b) conhece os conceitos, fundamentos, teorias e factos relacionados com as Ciências de Enfermagem e suas aplicações, nos diferentes campos de intervenção;

c) serve como consultor para outros profissionais de saúde, quando apropriado;

d) faz gestão de casos quando aplicável;

e) trabalha em colaboração com entidades ou organizações de saúde pública, profissionais de saúde e outros líderes comunitários relevantes e/ou agências para melhorar a saúde global da comunidade.

(IPS–ESS, 2011, p. 4-5)

Nos locais onde foi desenvolvida a prestação de cuidados de enfermagem, abordados anteriormente, as equipa que prestam cuidados de saúde à pessoa, família e/ou comunidade, são equipas multidisciplinares nas quais é importante que se desenvolva um trabalho de equipa de qualidade em prol do cliente de cuidados. Numa equipa multidisciplinar é fundamental que haja partilha dos saberes de cada disciplina, na elaboração de um projeto terapêutico comum. Isto é possível quando cada área do saber

partilha os seus conhecimentos e competências, com respeito por todas as outras, em proveito do melhor benefício do cliente. Desta forma, é importante que o enfermeiro tenha um papel de relevância nas sugestões e intervenções para o Serviço, conseguindo demonstrar a evidência científica das suas intervenções, evidência essa que é necessária procurar junto de bases teóricas e científicas que demonstrem a pertinência de determinada intervenção ou abordagem. São alguns exemplos do papel proactivo que o enfermeiro pode ter, o desenvolvimento de uma consulta de enfermagem de apoio ao projeto terapêutico dos clientes, como a consulta de enfermagem inserida na consulta de perturbações do comportamento alimentar, abordada neste trabalho. Uma consulta com intervenção multidisciplinar que implica uma boa articulação entre os vários profissionais assim como discussão dos casos e o planeamento de um projeto terapêutico personalizado. Na Unidade de Internamento onde se desenrolou o estágio do mestrado desenvolve-se um importante trabalho multidisciplinar, no qual vigoravam as discussões de caso, na definição e aplicação de um projeto terapêutico comum. Nesta Unidade de Internamento foi-nos atribuído um importante papel de enfermeiro de referência de crianças/adolescentes com perturbações do comportamento alimentar, assim como na participação de projetos que implicassem esta área de especificidade. Não era utilizada metodologia de gestor de caso, no entanto, realizámos formação sobre gestor de caso/terapeuta de referência, no sentido de adquirir mais conhecimentos sobre a área. A colaboração com enfermeiros, outros profissionais e chefias tem sido uma constante no desenvolvimento de projetos, procedimentos, discussão de casos clínicos, entre outros. Desenvolvemos ainda um importante papel com os cuidados de saúde primários. Procuramos uma articulação próxima com os profissionais de saúde da comunidade através do encaminhamento de casos, colaboração em projetos, mas principalmente na discussão de casos e planeamento de projetos terapêuticos mais alargados, entre um serviço de especialidade e a comunidade.

#### **4. Age no desenvolvimento da tomada de decisão e raciocínio conducentes à construção e aplicação de argumentos rigorosos:**

- a) seleciona os meios e estratégias mais adequados à resolução de um determinado problema, de forma fundamentada;
- b) avalia os resultados, em ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem e da perspetiva das repercussões em sentido ético e deontológico.

Um eficiente processo de enfermagem exige uma avaliação detalhada e precisa do problema em questão para que se possa formular um correto diagnóstico de enfermagem. A partir deste são tomadas decisões de planeamento e intervenção visando a obtenção de um resultado de enfermagem benéfico para o cliente. Estas decisões devem ser baseadas na evidência científica, nos aspetos éticos, deontológicos e legais, no melhor benefício do cliente. Os resultados devem ser traduzidos em indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem e/ou ganhos em saúde. Estes permitem monitorizar, avaliar e promover a qualidade dos cuidados de enfermagem, tal como referido pela Ordem dos Enfermeiros, a definição de indicadores “alicerça-se, sob o ponto de vista clínico, num conjunto de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem; sendo, por isso, capazes de reflectir o contributo específico do exercício profissional dos enfermeiros “ (OE, 2011b, p. 11).

A realização deste trabalho salientou a importância de ser elaborado um correto diagnóstico, assim como planeadas intervenções baseadas na evidência científica. Espera-se que os resultados obtidos se traduzam em ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Salientamos o papel da supervisão clínica, uma vez que “envolve um processo de reflexão na, para e sobre a prática com o objectivo de a melhorar e de a desenvolver obtendo maiores ganhos em saúde” (Cruz, 2008, p. 200), acrescentando Garrido (2004) citado pela mesma autora (*idem*), que “a aquisição e o desenvolvimento de competências profissionais e a melhoria da qualidade dos cuidados prestados aos clientes são os objectivos fundamentais da supervisão clínica em enfermagem”. É realizada supervisão clínica em equipa no Serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência, conduzindo à reflexão das estratégias planeadas ou aplicadas na resolução de problemas. Consideramos que a supervisão fora do contexto de trabalho é importante, uma vez que há um olhar exterior para o problema, para o planeamento, para as decisões tomadas e/ou a tomar. Desta forma participamos, fora do contexto de trabalho, num grupo de supervisão, no qual estão incluídos enfermeiros e outros profissionais de saúde (Sociedade Portuguesa de Psicoterapias Breves).

**5. Inicia, contribui para e/ou sustenta investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência:**

a) analisa, concebe e implementa resultados de investigação e contributos da evidência para a resolução de problemas, com especial ênfase nos que emergem da área dos estudos especializados, considerando os aspetos sociais e éticos relevantes;

b) usa capacidades de investigação apropriados para melhorar e fazer evoluir a prática.

(IPS–ESS, 2011, p. 5)

A realização do Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem e do Mestrado em Enfermagem relembrou e tornou evidente a importância de uma prática de enfermagem baseada na evidência científica. Este trabalho é um exemplo importante da utilização da evidência científica no planeamento de intervenções de enfermagem. Naturalmente numa menor escala, tem sido usado como recurso a utilização de evidência científica na prática clínica. Nas reuniões de equipa multidisciplinar discutimos diversas vezes temáticas que implicam o recurso à evidência científica. Procura-se também fomentar a sua utilização através da disponibilidade da equipa na realização de artigos. Importante ainda salientar toda a pesquisa que é necessária ser realizada na elaboração de procedimentos, orientações técnicas, como as que estão a ser realizadas em equipa. Em equipa multidisciplinar e em equipa de enfermagem foram realizadas bases de dados que contemplam indicadores que poderão ser úteis numa futura análise crítica da prática clínica.

**6. Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando formação, a investigação, as políticas de saúde e a administração em Saúde em geral e em Enfermagem em particular.**

(IPS–ESS, 2011, p. 5)

Ao longo do Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem e do Mestrado em Enfermagem foi utilizada a Metodologia de Projeto, que se baseia na identificação de um problema real e na implementação de estratégias e intervenções com o



intuito da sua resolução. Esta metodologia é constituída por cinco fases: diagnóstico de situação, definição de objetivos, planeamento, execução e avaliação e divulgação dos resultados. Este tipo de metodologia é importante para planeamentos futuros que visem dar uma resposta a uma problemática. Este é o processo que apoiamos enfermeiros e outros profissionais a realizar quando surgem problemáticas na prática diária. Como referido anteriormente, os pedidos de formação de pares em áreas de especialidade têm sido recorrentes, assim como de outros profissionais de saúde. Formação essa que passa pela orientação de estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem, integração de novos enfermeiros e formação aos pares e outros profissionais na área de especialidade da psiquiatria da infância e adolescência e/ou perturbação do comportamento alimentar. Nas fases de análise, planeamento e intervenção, na consideração dos fatores que contribuem para a persistência do problema ou para a resolução do mesmo, devem ser analisados também fatores de nível mais macro como as políticas de saúde nacionais e internacionais que têm influência no problema e/ou na resolução deste.



## 8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Relembrando a questão norteadora do trabalho projeto, como decorre o processo de transição do internamento para o ambulatório, esta conduziu-nos a vários pontos de partida para uma compreensão mais profunda do que pretendíamos conhecer. Um processo de transição para ser o melhor sucedido possível requer que na fase antecedente à transição se domine e se antecipe os fenómenos e possibilidades que poderão estar implicadas na transição. Desta forma, importou-nos conhecer como era realizada a preparação para a transição no internamento e posteriormente, como era vivenciada no ambulatório. Esta compreensão pareceu-nos mais rica e completa através do contributo das adolescentes que vivenciam a transição, por si só a vivenciar tantas outras transições em simultâneo, e do contributo também dos profissionais que as acompanham tanto no internamento como no ambulatório. Deparámo-nos com a constatação de que a transição estava a ser bem preparada, no entanto, quando em ambulatório, tanto as adolescentes como os profissionais de saúde identificavam algumas necessidades de intervenção e melhoria. E, foi por este motivo que decidimos planejar uma consulta de perturbação do comportamento alimentar multidisciplinar e uma específica de enfermagem, em resposta às necessidades encontradas. A necessidade de encontrar uma resposta específica de enfermagem mas também multidisciplinar advém do facto de a anorexia nervosa ser uma doença complexa que exige essa resposta multidisciplinar no tratamento, tratamento este que é exigente e moroso, como descrito ao longo deste trabalho.

Relativamente aos objetivos propostos foram sendo atingidos durante a realização do trabalho projeto. No entanto, parece-nos que para uma melhor compreensão de todo o fenómeno da transição, seria necessário conhecer também a perspetiva dos pais/cuidadores destas adolescentes, uma vez que foi identificado pelas adolescentes do estudo que os pais não se sentem preparados, para o processo de autonomização que o acompanhamento em ambulatório exige. Poder-se-ia ainda comparar se as dificuldades que as adolescentes que passaram pela transição entre o internamento e o ambulatório são as mesmas, ou não, que as que adolescentes que sejam acompanhadas em ambulatório, sem nunca terem passado pelo internamento.

Importante referir que dado se ter definido o foco como o processo de transição entre níveis de intervenção de cuidados (internamento e ambatório) e depois planejar a intervenção mais adequada às necessidades identificadas, conduziu a que fosse necessário realizar uma extensa pesquisa bibliográfica por forma a conhecer melhor e de forma mais intensa o fenómeno em estudo. Apesar de um processo moroso, trouxe importantes contributos para a prática clínica, para além dos contributos para este trabalho. Pensar no planeamento da consulta com outros profissionais, com os contributos do saber de cada um, permitiu organizar a consulta de uma forma prática e exequível.

A realização deste trabalho, com o recuso à metodologia trabalho projeto permitiu-nos desenvolver inúmeras competências, diversas reflexões sobre a prática clínica, facilitando o crescimento pessoal e profissional.

## 9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAHAM, Suzanne – **Distúrbios Alimentares**. 1.<sup>a</sup> ed.. Alfragide: Texto Editores, 2010. ISBN 978-972-47-4207-6.

ABREU, José Pio – **Como tornar-se doente mental**. 16.<sup>a</sup> ed.. Lisboa: Dom Quixote, 2007. ISBN 978-972-20-3151-6.

ALMEIDA, Vitória; LOPES, Marcos; DAMASCENO, Marta - Teoria das Relações Interpessoais de Peplau: análise fundamentada em Barnaum. **Revista Escola Enfermagem USP**. [Em linha]. vol. 39, n.º 2 (2005), p. 202-210. Disponível na internet:<URL: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n2/11.pdf>>.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION – **DSM-IV - Text Review: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais**. 4.<sup>a</sup> ed.. Lisboa: Climepsi Editores, 2002. ISBN 972-796-020-2.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION – **DSM-5 – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. 5<sup>th</sup> ed.. Arlington: American Psychiatric Association, 2013. ISBN 978-0-89042-554-1.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - **Practice Guideline for the Treatment of Patients with Eating Disorders**. [Em linha]. 3.<sup>a</sup> ed.. (2006). Disponível na internet:<URL:<http://www.guideline.gov/content.aspx?id=9318&search=Eating+disorder%2c+unspecified>>.

APPOLINÁRIO, José; CLAUDINO, Angélica – Transtornos alimentares. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. [Em linha] Sup. II (2002), p. 28-31. Disponível na internet:<URL:<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v22s2/3793.pdf>>.

ARANTES, Juliana – **Anorexia nervosa: a mente que desmente**. [Em linha]. (2010). Disponível na internet:<URL:<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0560.pdf>>.

ARAÚJO, Maria; HENRIQUES, Margarida – Que “diferença faz a diferença” na recuperação da anorexia nervosa?. **Revista de Psiquiatria Clínica**. [Em linha]. vol. 38, n.º

2 (2011), p. 71-76. Disponível na internet: <URL:<http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol38/n2/71.htm>>.

ASSUMPÇÃO, Carmen; CABRAL, Mônica – Complicações Clínicas da Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa. **Revista Brasileira Psiquiátrica**. [Em linha]. vol. 24 (2002), p. 29-33. Disponível na internet:<URL:[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462002000700007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462002000700007)>.

AUSTRALIAN AND NEW ZEALAND JOURNAL OF PSYCHIATRY - **Australian and New Zealand clinical practice guidelines for the treatment of anorexia nervosa**. [Em linha]. vol. 38 (2004) p. 659-670. Disponível na internet:<URL:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15324328>>.

BAKKER, René [et al.] – Recovery of Normal Body Weight in Adolescents with Anorexia Nervosa: The Nurses' Perspective on Effective Interventions. **Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing**. [Em linha]. nº 24 (2011), p. 16-22. Disponível na internet:<URL:<http://teenanorexia.wikispaces.com/file/view/Recovery+of+Normal+Weight.pdf>>.

BARDIN, Laurence – **Análise de Conteúdo**. 3.<sup>a</sup> ed.. Lisboa: Edições 70, 2004. ISBN 972-44-1214-8.

BELCHER, Janice; FISH, Lois – Hildegard E. Peplau. In GEORGE, Julia [et al.] – **Teorias de Enfermagem: dos fundamentos à prática profissional**. 4.<sup>a</sup> ed.. Porto Alegre: Artmed Editora, 2000. ISBN 85-7307-587-2. p. 45-57.

BOGDAN, Robert; BIKLEN, Sari – **Investigação Qualitativa em Educação: uma introdução à teoria e ao método**. Porto: Porto Editora, 1994. ISBN 972-0-34112-2.

BOUÇA, Dulce – **Anorexia Nervosa minha amiga**. Porto: Ambar, 2000. ISBN 972-43-0353-5.

BRACONNIER, Alain – **Manual de psicopatologia**. 1.<sup>a</sup> ed.. Lisboa: Climepsi Editores, 2007. ISBN 978-972-796-280-8.

BUCARETCHI, Henriette – **Anorexia e Bulimia Nervosa: uma visão multidisciplinar**. [Em linha]. 1.<sup>a</sup> ed.. São Paulo: Casa do Psicólogo, Livraria e Editora Ltda, 2003. Disponível na internet:<URL:[http://books.google.com.br/books?hl=pt-PT&lr=&id=bLs6dalY4\\_wC&oi=fnd&pg=PA111&dq=anorexia+tratamento&ots=h3yZYc3Pqo&sig=wVkV5L64-BS9UV3GdvgyOYtQxV4#v=onepage&q=anorexia%20tratamento&f=false](http://books.google.com.br/books?hl=pt-PT&lr=&id=bLs6dalY4_wC&oi=fnd&pg=PA111&dq=anorexia+tratamento&ots=h3yZYc3Pqo&sig=wVkV5L64-BS9UV3GdvgyOYtQxV4#v=onepage&q=anorexia%20tratamento&f=false)>. ISBN 85-7396-262-3.

BYRNE, Katherine – **Anorexia e Bulimia: um guia para pais e educadores**. 1.<sup>a</sup> ed.. São João do Estoril: Principia – Publicações Universitárias e Científicas, 2001. ISBN 972-8500-44-0.

CABASÉS, J. – Trastornos de la alimentación de inicio precoz (prepuberal). In MORENO, Alfonso - **Trastornos de la conducta alimentaria: anorexia y bulimia nerviosas, obesidad y atracones**. Barcelona: Masson, 2003. ISBN 84-458-1241-6. p. 149-160.

CAÑETE, Márcia; VITALLE, Maria; SILVA, Flávia – Anorexia Nervosa: estudo de caso com uma abordagem de sucesso. **Fractal: Revista de Psicologia**. [Em linha]. vol. 20, n.º 2 (2008), p. 377-386. Disponível na internet:<URL:<http://www.scielo.br/pdf/fractal/v20n2/05.pdf>>.

CASANOVA, Tânia [et al.] – Anorexia nervosa: proposta de linhas orientadoras. Sociedade Portuguesa de Pediatria Consensos e Recomendações: Secção de Medicina do Adolescente da Sociedade Portuguesa de Pediatria. **Acta Pediátrica Portuguesa**. [Em linha]. vol. 40, n.º 3 (2009), p. 133-135. Disponível na internet:<URL:[http://www.spp.pt/Userfiles/File/App/Artigos/16/20091026155858\\_Consensos%20SPP\\_S%20Med%20Adol\\_40%283%29.pdf](http://www.spp.pt/Userfiles/File/App/Artigos/16/20091026155858_Consensos%20SPP_S%20Med%20Adol_40%283%29.pdf)>.

CAVALCANTE, Aldenira – **Anorexia Nervosa na Adolescência: um problema de família?**. [Em linha]. Brasília: Universidade Católica de Brasília, 2009. Tese de Mestrado. Disponível na internet:<URL:[http://www.btdt.ucb.br/tede/tde\\_busca/arquivo.php?codArquivo=1136](http://www.btdt.ucb.br/tede/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=1136)>.

CESTARI, Maria – Padrões de conhecimento da enfermagem e suas implicações no ensino. **Revista Gaúcha Enfermagem**. [Em linha]. vol. 24, n.º 1 (2003), p. 34-42.

Disponível na internet:<URL:<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewFile/4435/2361>>.

CHICK, Norma; MELEIS, Afaf Ibrahim – **Transitions: A nursing concern**. Pennsylvania: School of Nursing Department Papers – University of Pennsylvania, 1986. [Em linha]. cap. 18. p. 237-257. Disponível na internet:<URL: <http://repository.upenn.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1008&context=nrs>>.

CHUK, Josué; HAY, Phihlipc – Terapia Cognitivo-comportamental dos transtornos alimentares. In KNAPP, Paulo [et al.] – **Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica**. Porto Alegre: Artmed, 2004. cap. 18. ISBN 85-363-0289-5. p. 299-310.

COBELO, Alicia; SAIKALI, Maria; SCHOMER, Ester – A abordagem familiar no tratamento da anorexia e bulimia nervosa. **Revista Psiquiatria Clínica**. [Em linha]. vol. 31, n.º 4 (2004), p. 184-187. Disponível na internet:<URL:<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v31n4/22406.pdf>>.

COIMBRA DE MATOS, António – **Mais amor menos doença: a psicossomática revisitada**. Lisboa: Climpesi Editores, 2003. ISBN 972-796-078-2.

COLTON, Anna; PISTRANG, Nacy – Adolescent's Experiences of Inpatient Treatment for Anorexia Nervosa. **European Eating Disorders Review**. [Em linha]. vol. 12, n.º 5 (2004), p. 307-316. Disponível na internet:<URL: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/erv.587/abstract>>.

COMISSÃO NACIONAL PARA A REESTRUTURAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL – **Relatório proposta de plano de acção para a reestruturação e desenvolvimento dos serviços de saúde mental em Portugal 2007/2016**. (2007). [Em linha]. Disponível na internet:<URL:<http://www.acs.min-saude.pt/wp-content/blogs.dir/1/files/2008/01/relatorioplanoaccaoservicossaudeamental.pdf>>.

COOPER, Peter; STEIN, Alan – **Childhood Feeding Problems and Adolescent Eating Disorders**. New York, 2006. ISBN 13:978-0-415-37185-8.



CORREIA, Maria – **Processos de Construção de Competências nos Enfermeiros em UCI**. [Em linha]. Lisboa: Universidade de Lisboa, 2012. Tese de Doutoramento em Enfermagem. Disponível na internet:<URL:[http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/7992/1/ulsd064901\\_td\\_Maria\\_Correia.pdf](http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/7992/1/ulsd064901_td_Maria_Correia.pdf)>.

COUTO, Mia – A escama. In ZIMLER, Richard; SEKULOVIEĆ, Raša – **O Tempo das Crianças: histórias de infância**. 1.<sup>a</sup> ed.. Alfragide: Dom Quixote, 2010. ISBN 978-972-20-4350-2. p. 37-42.

COUTURIER, Jennifer; ISSERLIN, Leanna; LOCK, James – Family-Based Treatment for Adolescents with Anorexia Nervosa: A dissemination study. **Eating Disorders: the Journal of Treatment & Prevention**. [Em linha]. vol. 18, n.º 3 (2010), p. 199-209. Disponível na internet:<URL:<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10640261003719443>>.

COUTURIER, Jennifer; LOCK, James – What is recovery in adolescent anorexia nervosa. **International Journal of Eating Disorders**. [Em linha]. vol. 39, n.º 7 (2006), p. 550-555. Disponível na internet:<URL:<http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsidt=18219209>>.

CRUZ, S. – A supervisão Clínica em Enfermagem como Estratégia de Qualidade no Contexto da Enfermagem Avançada. **Servir**. vol. 56, n.º 5 (2008), p. 200-2006.

DARCY, Alison [et al.] – All Better? How Former Anorexia Nervosa Patient's Define Recovery and Engaged in Treatment. **Eur Eat Disorders Rev.**[Em linha]. vol. 18, n.º 4 (2010), p. 260-270. Disponível na internet:<URL:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3014529/>>.

DELAROCHE, Patrick – **A adolescência: desafios clínicos e terapêuticos**. 1.<sup>a</sup> ed.. Lisboa: Climepsi Editores, 2006. ISBN 972-796-200-9.

DIAS, Pedro – **Vinculação e Regulação Autonómica nas Perturbações Alimentares**. [Em linha]. Universidade do Minho. Instituto de Educação e Psicologia, 2007. Tese de Doutoramento em Psicologia. Disponível na internet:<URL:[http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/6640/1/Vincula%C3%](http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/6640/1/Vincula%C3%92o_e_Regulac%C3%93es_Auton%C3%94micas_nas_Perturba%C3%A7%C3%B5es_Alimentares.pdf)

A7%C3%A3o%20e%20Regula%C3%A7%C3%A3o%20Auton%C3%B3mica%20nas%20Perturba%C3%A7%C3%B5es%20Alimentares.pdf>.

DUKER, Marilyn; SLADE, Roger – **Anorexia Nervosa e Bulimia: como ajudar**. Mem Martins: Edições Cetup, 2005. ISBN 972-641-531-4.

ESCOBAR-KOCH, Tatiana; MANDICH, Claudia; URZÚA, Ramón – Treatments for Eating Disorders: The Patients' Views. In JÁUREGUI-LOBERA, Ignacio – **Relevant Topics in Eating Disorders**. Croatia: InTech, 2012. cap. 12. ISBN 978-953-51-0001-0. Disponível na internet:<URL: <a href="http://www.intechopen.com/books/relevant-topics-in-eating-disorders/treatments-for-eating-disorders-the-patients-views" title="Treatments for Eating Disorders: The Patients' Views">Treatments for Eating Disorders: The Patients' Views</a>.

ESPÍNDOLA, Cybele; BLAY, Sérgio – Percepção de familiares sobre a anorexia e bulimia: revisão sistemática. **Revista Saúde Pública**. [Em linha]. vol. 43, n.º 4 (2009), p. 707-716. Disponível na internet:<URL: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102009000400018&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102009000400018&script=sci_arttext)>.

FAIRBURN, Christopher; HARRISON, Paul – Eating Disorders. **The Lancet**. [Em linha]. vol. 361, n.º 9355 (2003), p. 407-416. Disponível na internet:<URL:[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(03\)12378-1/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(03)12378-1/abstract)>.

FEDERICI, Anita; KAPLAN, Allan – The Patient's Account of Relapse and Recovery in Anorexia Nervosa: A Qualitative Study. **European Eating Disorders Review**. [Em linha]. vol. 16, n.º 1 (2008), p. 1-101. Disponível na internet:<URL:<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/erv.813/abstract>>.

FISHER, Caroline; HETRICK, Sarah; RUSHFORD, Nola – Family Therapy for Anorexia Nervosa. **Cochrane Database of Systematic Reviews**. [Em linha]. n.º 4 (2010). Disponível na internet:<URL:<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004780.pub2/abstract>>.

FISHMAN, H. Charles – Juvenile Anorexia Nervosa: Family Therapy's Natural Niche. **Journal of Marital and Family Therapy**. [Em linha]. vol. 32, n.º 4 (2006), p. 505-514. Disponível na internet:<URL: <http://www.questia.com/library/1P3-1166766481/juvenile-anorexia-nervosa-family-therapy-s-natural>>.

FLEITLICH, Bacy [et al.] – Anorexia nervosa na adolescência. **Jornal de Pediatria**. [Em linha]. n.º 76 (sup. 3) (2000), p. s323-s329. Disponível na internet:<URL:<http://www.jped.com.br/conteudo/00-76-S323/port.pdf>>.

FLEMING, Manuela – **Adolescência e Autonomia: o desenvolvimento psicológico e a relação com os pares**. 3.<sup>a</sup> ed.. Porto: Edições Afrontamento, 2004. ISBN 972-36-0304-7.

FLEMING, Manuela – **Entre o Medo e o Desejo de Crescer: Psicologia da Adolescência**. Porto: Edições Afrontamento, 2005. ISBN 972-36-0769-7.

FODDY, William – **Como perguntar: teoria e prática da construção de perguntas em entrevistas e questionários**. Oeiras: Celta Editora, 1996. ISBN 972-8027-54-0.

FONSECA, Helena – Perturbações do Comportamento Alimentar na Adolescência. **Revista Portuguesa Clínica Geral**. [Em linha]. n.º 27 (2011), p. 203-207. Disponível na internet:<URL: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/rpcg/v27n2/v27n2a09.pdf>>.

FORTIN, Marie-Fabienn – **O Processo de Investigação: da concepção à realização**. Loures: Lusociência, 1999. ISBN 972-8383-10-x.

FREEMAN, Christopher – **Overcoming Anorexia Nervosa: a self-help guide using Cognitive Behavioral Techniques**. London: Robinson, 2009. ISBN 978-1-84901-130-3.

FUKS, Betty; CAMPOS, Tatiana – Anorexia: da urgência de uma nova prática clínica. **Tempo Psicanalítico**. [Em linha]. vol. 42.I (2010), p. 39-59. Disponível na internet:<URL:<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tpsi/v42n1/v42n1a02.pdf>>. ISSN 0101-4838.

GABBARD, Glen – **Psiquiatria Psicodinâmica na Prática Clínica**. 4.<sup>a</sup> ed.. Porto Alegre: Artmed Editora, 2006. ISBN 85-363-0722-6.

GENTILE, Maria - Anorexia nervosa: identification, main characteristics and treatment. **Nutritional Therapy & Metabolism**. [Em linha]. vol. 28, n.º 4 (2010), p. 185-192. Disponível na internet:<URL:[http://nutritional.wichtig.it/subs%202010/vol.%2028%20no.%204%202010/185-192\\_NT&M\\_09\\_18\\_Gentile.pdf](http://nutritional.wichtig.it/subs%202010/vol.%2028%20no.%204%202010/185-192_NT&M_09_18_Gentile.pdf)>.

GOLAN, Moria – Eating Disorders Treatment: An Integrative Model by Means of Narrative Counseling, Motivational Interviewing, and traditional Approaches. In JÁUREGUI-LOBERA, Ignacio – **Relevant Topics in Eating Disorders**. Croatia: InTech, 2012. cap. 11. ISBN 978-953-51-0001-0. p. 231-252.

GOLSE, Bernard – **Insistir- existir do Ser à Pessoa**. 1.<sup>a</sup> ed.. Lisboa: Climepsi Editores, 2001. ISBN 972-8449-87-9.

GOMEZ, Levinia – **Uma Introdução às relações de Objecto**. 1.<sup>a</sup> ed.. Lisboa Climepsi Editores, 2005. ISBN 972-976-056-1.

GORGATI, Sorais; HOLCBERG, Alessandra; OLIVEIRA, Marilene – Abordagem psicodinâmica no tratamento dos transtornos alimentares. **Revista Brasileira Psiquiátrica** [Em linha]. supl. III (2002), p. 44-48. Disponível na internet:<URL:<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v24s3/13971.pdf>>.

GRANGE, Daniel Le – Family-Based Treatment for Adolescent Anorexia Nervosa: A promising approach?. **Clinical Psychologist**. [Em linha]. vol. 8, n.º 2 (2004), p. 56-63. Disponível na internet:<URL:<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1080/13284200412331304018/abstract?deniedAccessCustomisedMessage=&userIsAuthenticated=false>>.

GRANGE, Daniel Le [et al.] – Academy for Eating Disorders Position Paper: the role of the family in eating disorders. **International Journal of Eating Disorders**. [Em linha]. vol. 43, n.º 1 (2010), p. 1-5. Disponível na internet:<URL:<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/eat.20751/abstract>>.

GRANGE, Daniel Le; LOCK, James – The Dearth of Psychological Treatment Studies for Anorexia Nervosa. **International Journal of Eating Disorders**. [Em linha]. Vol. 37, n.º 2 (2005), p. 79-91. Disponível na internet:<URL:<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/eat.20085/abstract?deniedAccessCustomisedMessage=&userIsAuthenticated=false>>.

HALVORSEN, Inger; ANDERSEN, Anna; HEYERDAHL, Sonja – Good outcome of adolescent onset anorexia nervosa after systematic treatment: intermediate to long-term follow-up of a representative county-sample. **European Child & Adolescent Psychiatry**. [Em linha]. vol. 13, n.º 5 (2004), p. 295-306. Disponível na internet:<URL: <http://www.ingentaconnect.com/content/klu/787/2004/00000013/00000005/art00003>>.

HERPERTZ, Stephan [et al.] – The Diagnosis and Treatment of Eating Disorders. **Deutsches Ärzteblatt International**. [Em linha]. vol. 108, n.º 40 (2011), p. 678-685. Disponível na internet:<URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3221424/>>.

HESSE, Hermann – **Siddhartha: um poema indiano**. 12.<sup>a</sup> ed.. Cruz Quebrada: Casa das Letras, 2006. ISBN 972-46-0918-9.

HOWK, Chérie – Hildegard E. Peplau: Enfermagem psicodinâmica. In TOMEY, Ann; ALLIGOOD, Martha – **Teóricas de Enfermagem e Sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem**. 5.<sup>a</sup> ed.. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda., 2004. cap. 21. ISBN 972-8383-74-6. p. 423-444.

HYCNER, R. – **De Pessoa a Pessoa: Psicoterapia Dialógica**. São Paulo: Summus, 1991.

IM, Eun-ok – Afaf Ibrahim Meleis: Transition Theory. In ALLIGOOD, Martha Raile; TOMEY, Ann Marriner – **Nursing Theorists and their work**. USA: Mosby Elsevier, 2010. cap. 20. ISBN 978-0-323-05641-0. p. 416-433.

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL – Escola Superior de Saúde – **Regulamento do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal**. Setúbal, 2011.

INTERNATIONAL TEST COMMISSION – **Directrizes internacionais para a utilização de testes**. [Em linha]. Lisboa: GEGOC-TEA, 2003. Disponível na

internet:<URL:

<http://www.intestcom.org/Downloads/Portuguese%20guidelines%202003.pdf>>. ISBN 972-8817-07-x.

JAFFA, Tony [et. al.] – Family Meals in the Treatment of Adolescent Anorexia Nervosa. **European Eating Disorders Review**. [Em linha]. vol. 10, n.º 3 (2002), p. 199-207. Disponível na internet:<URL: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/erv.464/abstract>>.

JORGE, Stella; VITALE, Maria – Entendendo a anorexia nervosa: foco no cuidado à saúde do adolescente. **Arq. Sanny Pesq. Saúde**. [Em linha]. vol. 1, n.º 1 (2008), p. 57-71. Disponível na internet:<URL: <http://www.cepsanny.com.br/pdf/v1n1a8.pdf>>.

KEEL, Pamela; MCCORMICK, Laurie – Diagnosis, Assessment, and Treatment Planning for Anorexia Nervosa. In GRILO, Carlos; MITCHELL, James – **The Treatment of Eating Disorders: a clinical handbook**. New York: The Guilford Press, 2010. cap. 1. ISBN 978-1-60023-44-4. p. 3-27.

KOCH, Tatiana Escobar; MANDICH, Claudia Cruzat; ORZÚA, Ramón – Treatments for Eating Disorders: the patient's views. In JÁUREGUI-LOBERA, Ignacio – **Relevant Topics in Eating Disorders**. Croatia: InTech, 2012. cap. 12. ISBN 978-953-51-0001-0. p. 253-268.

KRAUTTER, Tonja; LOCK, James – Is manualized family-based treatment for adolescent anorexia nervosa acceptable to patients? Patient satisfaction at the end of treatment. **Journal of Family Therapy**. [Em linha]. vol. 26, n.º 1 (2004), p. 66-82. Disponível na internet:<URL:<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1467-6427.2004.00267.x/abstract>>.

LEGO, Suzanne – The application on Peplau's Theory to group psychotherapy. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing**. [Em linha]. vol. 5, n.º 3 (1998), p. 193-196. Disponível na internet:<URL:<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-2850.1998.00129.x/abstract>>.

LOCK, James - Treatment of Adolescent Eating Disorders: Progress and Challenges. **Minerva Psichiatr.** [Em linha]. vol. 51, n.º 3 (2010), p. 207-216. Disponível na internet:<URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3083856/>>.

LOCK, James; FITZPATRICK, Kathleen – Advances in Psychoterapy for Children and Adolescent with Eating Disorders. **American Journal of Psychotherapy.** [Em linha]. vol. 63, n.º 4 (2009), p. 287-303. Disponível na internet:<URL:<http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsidt=22363664>>.

LOCK, James; GOWERS, Simon – Effective Interventions for Adolescents with Anorexia Nervosa. **Journal of Mental Health.** [Em linha]. vol. 14, n.º 6 (2005), p. 599-610. Disponível na internet:<URL: <http://www.deepdyve.com/lp/informa-healthcare/effective-interventions-for-adolescents-with-anorexia-nervosa-Lf40XTSLk2>>.

LUCAS, Catarina; MONTEIRO, Maria Isabel – **Perturbações do Comportamento Alimentar.** Porto: Livpsic – Edições Psicologia, 2012. ISBN 978-898-8148-84-1.

MACHADO, Paulo; MACHADO, Bárbara – O tratamento cognitivo comportamental das perturbações do comportamento alimentar. **Revista Lusófona de Ciências da Mente e do Comportamento.** [Em linha] vol. 1, n.º 1 [s.d.], p. 121-133. Disponível na internet:<URL:<http://revistas.ulusofona.pt/index.php/rlmente/article/view/966/795>>.

MAROY, Christian – A análise qualitativa de entrevistas. In ALBARELLO, Luc [et. al.] – **Práticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais.** Lisboa: Grávida, 1997. ISBN 972-662-554-8. p. 117-155.

MEHLER, Philip; BIRMINGHAM, Laird; CROW, Scott; JAHRAUS, Joel – Medical Complications of Eating Disorders. In GRILO, Carlos; MITCHELL, James – **The Treatment of Eating Disorders: a clinical handbook.** New York: The Guilford Press, 2010. cap. 4. ISBN 978-1-60023-44-4. p. 66-80.

MELEIS, Afaf Ibrahim – **Theoretical Nursing Development e Progress.** 5th..Philadeplphia: Wolters Kluwer Health Lippincott Williams Wilkins, 2012. ISBN 978-1-60547-211-9.

MELEIS, Afaf Ibrahim – **Transitions Theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice**. New York: Springer Publishing Company LLC, 2010. ISBN 978-0-8261-0535-6.

MELEIS, Afaf Ibrahim [et al.] – Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. **Advances in Nursing Science**. [Em linha]. vol. 23, n.º 1 (2000), p. 12-28. Disponível na internet:<URL: [http://journals.lww.com/advancesinnursingscience/Fulltext/2000/09000/Experiencing\\_Transitions\\_\\_An\\_Emerging\\_Middle\\_Range.6.aspx](http://journals.lww.com/advancesinnursingscience/Fulltext/2000/09000/Experiencing_Transitions__An_Emerging_Middle_Range.6.aspx)>.

MERRITT, Michael; PROCTER, Nicholas – Conceptualising the functional role of mental health consultation – liaison nurse in multi-morbidity, using Peplau's nursing theory. **Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profess**. [Em linha]. vol. 34, n.º 2 (2010), p. 158-166. Disponível na internet:<URL: <http://connection.ebscohost.com/c/articles/51073461/conceptualising-functional-role-mental-health-consultation-liaison-nurse-multi-morbidity-using-peplaus-nursing-theory>>.

MICUCCI, Joseph – **The Adolescent in Family Therapy Breaking the Cycle of Conflict and Control**. New York: The Guilford Press, 1998. ISBN 1-57230-389-1.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – CNSM - Alto Comissariado da Saúde de Portugal. **Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 — Resumo Executivo**. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2009. ISBN 978-989-96263-2-4.

NASCIMENTO, Edna [et al.] – O corpo de conhecimento da enfermagem e o paradigma holístico: uma aproximação possível. **Acta Paul. Enfermagem**. [Em linha]. vol. 10, n.º 1 (1997), p. 7-18. Disponível na internet:<URL: [http://www.unifesp.br/denf/acta/1997/10\\_1/pdf/art1.pdf](http://www.unifesp.br/denf/acta/1997/10_1/pdf/art1.pdf)>.

NASCIMENTO, Sara – **Anorexia Nervosa: Percepções familiares**. [Em linha]. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 2010. Dissertação de Mestrado. Disponível na internet:<URL: <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/55415?mode=full>>.



NATIONAL INSTITUTE FOR CLINICAL EXCELLENCE - **Eating Disorders: Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders** - quick reference guide. [Em linha]. London, 2004. Disponível na internet:<URL: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/10932/29217/29217.pdf>>. ISBN: 1-84257-495-7.

NEEB, Kathy – **Fundamentos de Enfermagem de Saúde Mental**. Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda., 2000. ISBN 972-8383-14-2.

NICOLETTI, Manoela [et al.] – Grupo psicoeducativo multifamiliar no tratamento dos transtornos alimentares na adolescência: relato de experiência. **Psicologia em Estudo**. [Em linha]. vol. 15, n.º 1 (2010), p. 217-223. Disponível na internet:<URL:<http://www.scielo.br/pdf/pe/v15n1/a23v15n1.pdf>>.

NILSSON, Karin [et al.] – Causes of Adolescent Onset Anorexia Nervosa: Patient Perspectives. **Eating Disorders**. [Em linha]. vol. 15, n.º 2 (2007), p. 125-133. Disponível na internet:<URL:<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10640260701190642?journalCode=uedi20>>.

NILSSON, Karin; HÄGGLÖF, Bruno - Patient Perspectives of Recovery in Adolescent Onset Anorexia Nervosa. **Eating Disorders**. [Em linha]. vol. 14 (2006), p. 305-311. Disponível na internet:<URL:<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10640260600796234?journalCode=uedi20#preview>>.

NUNES, Lucília – **Considerações Éticas: a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem**. Setúbal: Departamento de Enfermagem, 2013. ISBN 978-989-98206-1-6.

NUNES, Rui; MELO, Helena – A nova carta dos direitos do utente dos serviços de saúde. In NUNES, Rui; BRANDÃO, Cristina – **Humanização da Saúde**. Coimbra: Gráfica de Coimbra, Lda., 2007. cap. 1. ISBN 978-972-603-386-8. p. 15-59.

NUNES, Lucília; RUIVO, M<sup>a</sup> Alice; FERRITO, Cândida – Metodologia de Projecto: colectânea descritiva de etapas. **Percursos**. [Em linha]. n.º 15 (2010). Disponível

na internet:<URL:[http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista\\_Percursos\\_15.pdf](http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf)>. ISSN 1646-5067.

OLIVEIRA, Letícia – **Padrões disfuncionais de interacção em famílias de adolescentes com anorexia nervosa**. [Em linha]. Porto Alegre: Universidade Federal Rio Grande do Sul-Instituto de Psicologia, 2004. Dissertação de Mestrado. Disponível na internet:<URL: <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/13412>>.

OMMEN, Joyce [et al.] - Effective nursing care of adolescents diagnosed with anorexia nervosa: the patients' perspective. **Journal of Clinical Nursing**. [Em linha]. vol. 18, (2009), p. 2801-2808. Disponível na internet:<URL:<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2009.02821.x/pdf>>.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual, Enunciados descritivos**, 2002. Disponível na internet:<URL: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/PadroesqualidadeCuidadosEnfermagem.pdf>>.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Proposta de Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental**, 2011a. Disponível na internet:<URL: <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEESaudeMental.pdf>>.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica**, 2011b. Disponível na internet:<URL: <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEESaudeMaternaObstetricaGinecologica.pdf>>.

PAULSON-KARLSSON, Gunilla; ENGSTRÖM, Ingemar; NEVONEN, Lauri – A Pilot Study of a Family-Based Treatment for Adolescent Anorexia Nervosa: 18 and 36 Month Follow-ups Eating Disorders. **Eating Disorders: the Journal of Treatment & Prevention**. [Em linha]. vol. 17, n.º 1 (2009), p. 72-88. Disponível na internet:<URL:<http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/10640260802570130>>.

PAULSON-KARLSSON, Gunilla; NEVONEN, Lauri; ENGSTRÖM, Ingemar – Anorexia Nervosa: treatment satisfaction. **Journal of Family Therapy**. [Em linha]. vol. 28, n.º 3 (2006), p. 293-306. Disponível na internet:<URL:<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1467-6427.2006.00353.x/abstract>>.

PEPLAU, Hildegard – **Interpersonal Relations in Nursing: a conceptual frame of reference for Psychodynamic Nursing**. London: The Macmillan Press Ltd, 1988. ISBN 0-333-46112-6.

PEREIRA, Tintina; LOCK, James; OGGINS, Jean – Role of Therapeutic Alliance in Family Therapy for Adolescent Anorexia Nervosa. **International Journal of Eating Disorders**. [Em linha]. vol. 39, n.º 8 (2006), p. 677-684. Disponível na internet:<URL:<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/eat.20303/abstract>>.

PIRAN, Niva – Challenges and Advances in the Treatment and Prevention of Eating Disorders in Adolescent. **Baltic Journal of Psychology**. [Em linha]. vol. 9, n.º 1/2 (2008), p. 149-158. Disponível na internet:<URL:[http://dspace.lu.lv/dspace/bitstream/7/1317/1/BalticJournPsychol-2008-Vol-9\\_No-1-2.pdf](http://dspace.lu.lv/dspace/bitstream/7/1317/1/BalticJournPsychol-2008-Vol-9_No-1-2.pdf)>.

PORTARIA n.º 19/2012. **Diário da República I Série**. n.º 15 (2012-01-20). p. 351-352. Disponível na internet:<URL: <http://www.sg.min-saude.pt/NR/rdonlyres/F1071041-A28D-4B06-8CB5-D640D1D60D80/28490/0035100352.pdf>>.

QUVY, Raymond; CAMPENHOUDT, LucVan – **Manual de Investigação em Ciências Sociais: trajetcos**. 2.ªed..[s.l.]: Gradiva, 1998. ISBN 972-662-275-1.

REFOSCO, Lísia; MACEDO, Mônica – Anorexia e bulimia na adolescência: expressão do mal-estar na contemporaneidade. **Barbarói**. [Em linha]. n.º 33 (2010), p. 65-81. Disponível na internet:<URL:<http://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/viewFile/1504/1314>>.

REGULAMENTO n.º 129/2011. **Diário da República II Série**. n.º 35 (2011-02-18). Disponível na internet:<URL:

[http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20129\\_2011\\_CompetenciasEspecifEnfSMental.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20129_2011_CompetenciasEspecifEnfSMental.pdf)>.

RIBEIRO, José Luís Pais – **Investigação e avaliação em psicologia e saúde**. Lisboa: Climepsi Editores, 1999. ISBN 972-8449-44-5.

RIBEIRO, José Luís Pais – **Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde**. Porto: Legis Editora/Livpsic, 2007. ISBN 972-8082-77-0.

RÍOS, Patrícia Bolaños – Nutritional Treatment in Eating Disorders. In JÁUREGUI-LOBERA, Ignacio – **Relevant Topics in Eating Disorders**. Croatia: InTech, 2012. cap. 16. ISBN 978-953-51-0001-0. p. 357-382.

ROCKWELL, Roxanne [et al.] – An Innovative Short-term, Intensive, Family-based Treatment for Adolescent Anorexia Nervosa: case series. **European Eating Disorders Review**. [Em linha]. vol. 19, n.º 4 (2011), p. 362-367. Disponível na internet:<URL:<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/erv.1094/full>>.

ROSMAN, MINUCHIN, LIEBMAN - Family Lunch Session: an introduction to family therapy in anorexia nervosa. **American Journal of Orthopsychiatry**. [Em linha]. vol. 45 (1975), p. 846-853. Disponível na internet:<URL:[http://books.google.pt/books?id=o3WaYWhyTB0C&pg=PA147&lpg=PA147&dq=family+lunch+session&source=bl&ots=xglZs4fWjL&sig=4REyXhJAaT5REgJFMyp5OMrBPdA&hl=pt-PT&ei=4G\\_dTsqUFIH1sgbPj5m\\_BA&sa=X&oi=book\\_result&ct=result&sqi=2&redir\\_esc=y#v=onepage&q=family%20lunch%20session&f=false](http://books.google.pt/books?id=o3WaYWhyTB0C&pg=PA147&lpg=PA147&dq=family+lunch+session&source=bl&ots=xglZs4fWjL&sig=4REyXhJAaT5REgJFMyp5OMrBPdA&hl=pt-PT&ei=4G_dTsqUFIH1sgbPj5m_BA&sa=X&oi=book_result&ct=result&sqi=2&redir_esc=y#v=onepage&q=family%20lunch%20session&f=false)>.

ROYAL AUSTRALIAN AND NEW ZEALAND COLLEGE OF PSYCHIATRISTS CLINICAL PRACTICE GUIDELINES TEAM FOR ANOREXIA NERVOSA – Australian and New Zealand Clinical Practice Guidelines for the Treatment of Anorexia Nervosa. **Australian and New Zealand Journal of Psychiatry**. [Em linha]. vol. 38, n.º 9/11/12 (2004), p. 659-670. Disponível na internet:<URL:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15324328>>.

RÚDIO, F. – **Diálogo Maiêutico e Psicoterapia Existencial**. 2.ª ed.. São Paulo: Novos Horizontes Editora, 1999.

RUQUOY, Danielle – Situação de entrevista e estratégia do entrevistador. In ALBARELLO, Luc [et. al.] – **Práticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais**. Lisboa: Grávida, 1997. ISBN 972-662-554-8. p. 84-116.

SAINT-EXUPÉRY, Antoine de – **O príncipezinho**. 21.<sup>a</sup> ed.. Lisboa: Editorial Presença, 2002. ISBN 972-23-2829-8.

SALBACH-ANDRAE, H. [et al.] – Psychiatric Comorbidities among female adolescents with anorexia nervosa. **Child Psychiatric Hum Dev**. [Em linha]. vol. 39, n.º 3 (2008), p. 261-272. Disponível na internet:<URL:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17987378>>.

SAMPAIO, Daniel – **Vivemos livres numa prisão**. 4.<sup>a</sup> ed.. Lisboa: Caminho, 1998. ISBN 972-21-1181-7

SAMPAIO, Daniel – **Vozes e Ruídos: diálogo com adolescentes**. 14.<sup>a</sup> ed.. Lisboa: Caminho, 1993. ISBN 972-21-0832-8.

SAMPAIO, Daniel [et al.] – **Doenças do Comportamento Alimentar: manual para o clínico geral**. 1.<sup>a</sup> ed.. Lisboa: Laboratórios Bial, 1999.

SANTANA, M.L. Portela de [et al.] – La epidemiologia y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia: una revisión. **Nutrición Hospitalaria**. [Em linha]. vol. 27, n.º 2 (2012), p. 391-401. Disponível na internet:<URL:[http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-16112012000200008&script=sci\\_arttext&tlng=esja.org](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-16112012000200008&script=sci_arttext&tlng=esja.org)>.

SCHOLZ, Michael [et al.] – Multiple Family Therapy for Anorexia Nervosa: concepts, experiences and results. **Journal of Family Therapy**. [Em linha]. vol. 27, n.º 2 (2005), p. 132-141. Disponível na internet:<URL: [http://www.researchgate.net/publication/227776890\\_Multiple\\_family\\_therapy\\_for\\_anorexia\\_nervosa\\_concepts\\_experiences\\_and\\_results](http://www.researchgate.net/publication/227776890_Multiple_family_therapy_for_anorexia_nervosa_concepts_experiences_and_results)>.

SCHUMACHER, Karen L.; MELEIS, Afaf Ibrahim – Transitions: A central concept in nursing. **IMAGE: Journal of Nursing Scholarship**. [Em linha]. vol. 26, n.º 2 (1994), p. 119-127. Disponível na internet:<URL: <http://psycnet.apa.org/psycinfo/1994-46541-001>>.

SEPÚLVEDA, Luís – **História de uma gaivota e do gato que a ensinou a voar**. 16.<sup>a</sup> ed.. Porto: Edições Asa, 2005. ISBN 972-41-1848-7.

SEQUEIRA, Carlos – **Introdução à Prática Clínica. Do diagnóstico à intervenção em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica**. 1.<sup>a</sup> ed.. Coimbra: Quarteto, 2006. ISBN 989-558-083-5.

SIM, Leslie A. [et al.] – Identification and Treatment of Eating Disorders in the Primary Care Setting. **Mayo Clinic Proceedings**. [Em linha]. vol. 85, n.º 8 (2010), p. 746-751. Disponível na internet:<URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2912736/>>.

SKÅRDERUD, Finn – Eating One's Words, Part I: 'Concretised Metaphors' and Reflective Function in Anorexia Nervosa – A Interview Study. **European Eating Disorders Review**. [Em linha]. vol. 15, n.º 3 (2007), p. 163-174. Disponível na internet:<URL:<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/erv.777/abstract>>.

STRECHT, Pedro – **Interiores: uma ajuda aos pais sobre a vida emocional dos filhos**. 3.<sup>a</sup> ed.. Lisboa: Assírio e Alvim, 2003. ISBN 972-37-0651-2.

STRECHT, Pedro – **Olha por mim: reflexões sobre temas da infância e adolescência**. 1.<sup>a</sup> ed.. Lisboa: Assírio e Alvim, 2006. ISBN 978-972-37-1153-0.

STUART, Gail; LACAIA, Michael – **Enfermagem Psiquiátrica: princípios e prática**. 6.º ed.. Porto Alegre: Artmed Editora, 2001. ISBN 85-7307-713-1.

TEÓFILO, Cidália [et al.] – Diagnóstico de Situação. **Percursos** [Em linha]. N.º 15 (2010), p. 10-17. Disponível na internet:<URL: [http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista\\_Percursos\\_15.pdf](http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf)>.

TORRES, Sandra; GUERRA, Marina – A construção de um instrumento de avaliação das emoções para a anorexia nervosa. **Psicologia, saúde e doenças**. [Em linha]. vol. 4, n.º 1 (2003), p. 97-110. Disponível na internet:<URL:<http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/psd/v4n1/v4n1a07.pdf>>.

TOWNSEND, Mary – **Enfermagem Psiquiátrica: conceitos de cuidados**. 3.<sup>a</sup> ed.. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

TREASURE, J. [et al.] - The assessment of the family of people with eating disorders. **European Eating Disorders Review**. [Em linha]. vol. 16, n.º 4 (2008), p. 247-55. Disponível na internet:<URL:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18240125>>.

VANDEREYCKEN, Walter – The place of inpatient care in the treatment of anorexia nervosa: Questions to be answered. **Inc Int J Eat Disord**. [Em linha]. vol. 34, n.º 4 (2003), p. 409-422. Disponível na internet:<URL:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14566928>>.

VANDERLINDEN, J. [et al.] – Which elements in the treatment of eating disorders are necessary ‘ingredients’ in the recovery process? – A comparison between the patient’s and therapist’s view. **European Eating Disorders Review**. [Em linha]. vol. 15 (2007), p. 357-365. Disponível na internet:<URL:<http://cirrie.buffalo.edu/database/102720/>>.

VEIGA, Feliciano – Uma nova versão da escala de autoconceito Piers-Harris Children’s Self-Concept Scale (PHSCS-2). **Psicologia e Educação**. [Em linha]. vol. V, n.º 1, (2006), p. 39-48. Disponível na internet:<URL:<http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/4672/1/nova%20vers%c3%a3o%20da%20escala%20de%20autoconceito%20Piers-Harris%20Children%e2%80%99s%20Self-Concept%20Scale.pdf>>.

VEIGA, João – **Ética em Enfermagem: análise, problematização e [re]construção**. 1.º ed.. Lisboa: Climepsi Editores, 2006. ISBN 972-796-218-1.

VIEIRA, Camilla – Anorexia: uma tentativa de separação entre o sujeito e o outro. **Revista Mal-Estar e Subjectividade** [Em linha]. vol. VIII, n.º 3 (2008), p. 645-660. Disponível na internet:<URL:<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/malestar/v8n3/04.pdf>>.

WILDES, Jennifer; RINGHAM, Rebecca; MARCUS, Marsha - Emotion Avoidance in Patients with Anorexia Nervosa: Initial Test of a Functional Model. **International Journal of Eating Disorders**. [Em linha]. vol. 45, n.º 5 (2010), p. 398-404. Disponível na internet:<URL:

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/eat.20730/abstract;jsessionid=EEDE51718D924C9EF3794287AD74994F.d02t04>>.

WINNICOTT, Donald – **O Brincar e a Realidade**. Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda., 1975.

WINSTON, Anthony – The clinical biochemistry of anorexia nervosa: *Annals of Clinical Biochemistry*. In JÁUREGUI-LOBERA, Ignacio – **Relevant Topics in Eating Disorders**. Croatia: InTech, 2012. cap. 49. ISBN 978-953-51-0001-0. p. 132-143.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - **Europe 2011**. [Em linha]. Disponível na internet:<URL:<http://www.euro.who.int/en/home>>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – **The ICD-10: Classification of Mental Behavioural Disorders Diagnostic Criteria for Research**. [Em linha]. Geneva, World Health Organization, 1993. Disponível na internet:<URL: [http://www.google.pt/books?hl=en&lr=&id=HlnzVSbec18C&oi=fnd&pg=PR5&dq=WORLD+HEALTH+ORGANIZATION+%E2%80%93+The+ICD-10:+Classification+of+Mental+Behavioural+Disorders+Diagnostic+Criteria+for+Research&ots=wo7p0JB4i5&sig=eOHqgsCz0Z\\_9qntGHCoEjyWa0ZQ&redir\\_esc=y](http://www.google.pt/books?hl=en&lr=&id=HlnzVSbec18C&oi=fnd&pg=PR5&dq=WORLD+HEALTH+ORGANIZATION+%E2%80%93+The+ICD-10:+Classification+of+Mental+Behavioural+Disorders+Diagnostic+Criteria+for+Research&ots=wo7p0JB4i5&sig=eOHqgsCz0Z_9qntGHCoEjyWa0ZQ&redir_esc=y)>.

WRIGHT, Karen - Therapeutic relationship: Developing a new understanding for nurses and care workers within an eating disorder unit. **International Journal of Mental Health Nursing**. [Em linha]. n.º 19 (2010), p. 154-161. Disponível na internet:<URL:<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1447-0349.2009.00657.x/abstract>>.

ZEECK, A. [et al.] – Drop outs from in-patient treatment of anorexia nervosa. **Acta Psychiatrica Scandinavica**. [Em linha]. vol. 111, n.º 1 (2005), p. 29-37. Disponível na internet:<URL: <http://cirrie.buffalo.edu/database/45441/>>.



## **APÊNDICES**



## Apêndice I – Proposta de Artigo

---

### Transição do internamento para o ambulatório de adolescentes com anorexia nervosa: perspetiva das adolescentes e da equipa que as acompanha

ESPÍRITO SANTO, Andreia<sup>1</sup>; LOPES, Joaquim<sup>2</sup>

---

**Resumo:** A Anorexia Nervosa é uma patologia complexa, desafiante, que necessita de uma intervenção multidisciplinar. Com ela surgem múltiplas complicações físicas e psicológicas, assim como tem associadas diversas comorbilidades. Implica a necessidade de resposta a vários níveis de cuidados, nomeadamente internamento hospitalar e ambulatório. Colocando a hipótese de várias transições se apresentarem ao mesmo tempo, nomeadamente de desenvolvimento (adolescência), de saúde-doença (diagnóstico de anorexia nervosa) e situacional (transição do internamento para o ambulatório); e a importância de melhor as conhecer, com o intuito de promover o sucesso da transição, pretendemos compreender como decorre o processo de transição do internamento para o ambulatório. A partir daqui desenhamos um projeto de intervenção em serviço utilizando a metodologia de trabalho projeto. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas a adolescentes com o diagnóstico de anorexia nervosa em ambulatório, com internamento prévio; enfermeiros da unidade de internamento e médicos do ambulatório. Foram também levantadas dos processos clínicos as intervenções de enfermagem realizadas durante o internamento com o objetivo da preparação para alta. Da análise das categorias encontradas constatámos que as principais preocupações e dificuldades se evidenciavam no acompanhamento realizado em ambulatório. Este facto conduziu-nos a realizar um planeamento de intervenção no ambulatório, nomeadamente uma consulta multidisciplinar de perturbações do comportamento alimentar e mais especificamente uma consulta de enfermagem.

**Palavras-chave:** ambulatório, anorexia nervosa, enfermagem, transição

**Abstract:** Anorexia nervosa is a challenging, complex condition incorporating significant long-term physical and psychological complications from which recovery is difficult. Treatment planning will require a coordinated multidisciplinary intervention. This implicates the need for responses at different levels of care, namely in secondary and primary care. Hypothesizing multiple transitions are present at one time, namely development (adolescence), health-disease (diagnosis of anorexia nervosa) and situational (transition from secondary to primary care); and because it is paramount to promote a smooth transition between tiers of care, in the present study we focus on the transition of care at the primary – secondary interface. The purpose of this study is to understand how the transition from secondary to primary care is made. From here we designed an intervention project in service using the methodology of project work. Semi-structured interviews were conducted on adolescents diagnosed with anorexia nervosa followed up in a primary care setting, who had been previously hospitalized; on primary care physicians; and on secondary care nurses. Information from patient records was also retrieved to examine nursing interventions aiming at preparation of patients for discharge. Upon analysis of the identified categories, it was found that the main challenges and difficulties were present in outpatient care. This led us to design an intervention plan in primary care, namely a multidisciplinary consultation regarding eating disorders and more specifically a nursing consultation.

**Key words:** outpatient care, anorexia nervosa, nursing, transition

---

<sup>1</sup> Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria, Mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal

<sup>2</sup> Professor Doutor na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, orientador do Trabalho Projeto para candidatura ao grau de Mestre

## Introdução

A Anorexia Nervosa inicia-se, normalmente, durante a adolescência, às vezes mais cedo, sendo menos comum durante a fase adulta (Gentile, 2010). Atualmente, no DSM – V, está inserida nas Perturbações do Comportamento Alimentar, juntamente com a Bulimia Nervosa e o Binge-Eating. A American Psychological Association caracteriza-a como “recusa em manter um peso normal mínimo, do medo intenso em ganhar peso e da significativa perturbação da percepção do tamanho e das formas corporais” (APA, 2002, p. 583). Distingue-se em dois tipos, restritivo e compulsivo/purgativo. Com a anorexia nervosa surgem sintomas psicológicos e repercussões físicas importantes, podendo algumas delas conduzir à morte. Segundo a APA (2013), a taxa de mortalidade na anorexia nervosa é de 5% por década (por suicídio ou consequência das complicações da doença).

A adolescência é definida pela World Health Organization (2011) como sendo o período entre os 10 e os 19 anos, um período de mudanças físicas e psicológicas importantes, bem como de grandes mudanças nas interações e relações sociais. Surge como uma fase de transição entre o crescer e o não crescer, entre o ser e o não ser. Uma transição de desenvolvimento, na Teoria das Transições de Afaf Meleis (Chick e Meleis, 1986), que se junta a uma transição saúde para doença (anorexia nervosa), sendo que transição é definida como a passagem ou movimento de uma situação, condição ou de um lugar para outro, implicando a adaptação

e integração no novo estadio (Chick e Meleis, 1986). Segundo Keel e McCormick (2010), a recaída ocorre em 30% dos utentes com anorexia nervosa, sendo um resultado da transição entre os espaços de intervenção, nomeadamente do internamento para o ambulatório. Salientam as conclusões de Howard *et al.*, 1999 e Treal *et al.*, 2008, dado referirem que uma curta duração da doença e um alto IMC (Índice de Massa Corporal) no tempo da transição do internamento para o ambulatório influencia um melhor resultado (*idem*). Referem ainda que a transição deve ser planeada, a equipa que irá receber o utente conhecida e devem ser dadas informações importantes à mesma (*ibidem*). Com o intuito de diminuir a possibilidade de recaída e antecipando as várias transições que ocorrem nesta fase, salienta-se a importância do enfermeiro avaliar sistematicamente a prontidão e preparação para a mudança e as necessidades de suplementação para que a transição ocorra da forma mais positiva para a adolescente.

O tratamento da Anorexia Nervosa deve ser multidisciplinar e pode, segundo a gravidade da doença, implicar diversos níveis de cuidados, nomeadamente internamento hospitalar, hospital de dia, ambulatório. A transição do internamento para o ambulatório é delicada uma vez que implica a transição de um local de grande vigilância e dependência para um patamar de autonomia crescente. Uma transição situacional na Teoria de Meleis (Chick e Meleis, 1986). Propusemo-nos desta forma a conhecer como decorre o processo de transição do

internamento para o ambulatório, tendo como objetivos compreender como sentem as adolescentes com anorexia nervosa esta transição; identificar dificuldades, receios, medos no momento da alta clínica do internamento; identificar as principais dificuldades/preocupações das adolescentes no ambulatório. Pareceu-nos importante ter também a visão dos profissionais de saúde que as acompanham neste processo de transição, com o intuito de conhecer a perspetiva que têm relativamente à preparação das adolescentes para a alta do internamento, assim como o trabalho que concretizam com esse fim.

Partindo desta problemática e perspetivando um projeto de intervenção em serviço, optámos pela utilização da metodologia de trabalho projeto, com o intuito de procurar responder às necessidades encontradas.

## **Metodologia**

A metodologia utilizada, metodologia de projeto, tem como objetivo principal a resolução de problemas, implicando a identificação e análise de um problema real, planeando-se posteriormente estratégias e intervenções que procurem resolvê-lo. Desenvolve-se em cinco etapas: diagnóstico da situação, definição de objetivos, planeamento, execução, avaliação e disseminação dos resultados (Nunes, Ruivo e Ferrito, 2010), apresentando nós aqui apenas algumas delas.

Com o intuito de obter uma compreensão mais abrangente sobre a problemática em estudo foram realizadas entrevistas

semiestruturadas a adolescentes com anorexia nervosa que tiveram já alta do internamento, enfermeiros de uma Unidade de Internamento e médicos que acompanham estas adolescentes em ambulatório (os vários intervenientes no processo de alta). Foram critérios de inclusão na amostra dos enfermeiros, ser enfermeiro diferenciado na Unidade (especialistas em enfermagem de saúde mental e psiquiatria e chefes de equipa), totalizando 7 enfermeiros. Na constituição da amostra das adolescentes com anorexia nervosa foram critérios de inclusão ter tido alta da Unidade de Internamento no último ano e pertencer ao distrito de Lisboa, tendo-se efetivado 4 entrevistas. Na amostra dos médicos de ambulatório estavam incluídos médicos que acompanhavam adolescentes com este diagnóstico em ambulatório no mesmo Hospital onde foi efetivado o internamento, totalizando 3 entrevistas. A todos os intervenientes foi solicitado o Consentimento Livre e Esclarecido, nomeadamente os tutores legais das adolescentes entrevistadas. Foi realizada a gravação áudio das entrevistas, após a sua autorização, posteriormente transcritas e realizada a sua análise de conteúdo, segundo Bardin (2004), sendo a categorização temática.

Foram ainda levantadas as intervenções de enfermagem realizadas durante o internamento, nos processos clínicos de adolescentes com diagnóstico de anorexia nervosa internadas no último ano, com o intuito de melhor conhecer o trabalho realizado pelos enfermeiros na preparação

para a alta, para a transição. A sua análise foi realizada também através da análise de conteúdo, segundo Bardin (2004), com o mesmo tipo de categorização que anteriormente descrito.

## Resultados

Na recolha dos dados dos processos clínicos constatámos a realização de 14 internamentos. Durante a análise dos processos clínicos, cujo objetivo era identificar intervenções realizadas pelos enfermeiros na preparação para a alta, emergiram as seguintes categorias: imagem de si, relação com o outro, descoberta de si, alimentação, consciencialização da doença, trabalho do sentir, ambiente terapêutico, intervenção familiar e transição do internamento para o ambulatório.

Os **enfermeiros entrevistados** tinham entre 1 e 10 anos de trabalho na Unidade de Internamento, sendo a média de 5,6 anos. Eram maioritariamente enfermeiros do sexo feminino. Da análise das entrevistas realizadas emergiram as seguintes categorias e subcategorias: preparação para a alta; trabalho realizado no internamento: imagem de Si, relação com o Outro, descoberta de Si, alimentação, consciencialização da doença, acompanhamento por técnicos de referência, trabalho do sentir, ambiente terapêutico, intervenção familiar, transição do internamento para o ambulatório; trabalho a melhorar no internamento: intervenção familiar, trabalho de equipa, atividades, plano por etapas, acompanhamento posterior ao internamento, conhece-las, transição do

internamento para o ambulatório; dificuldades vivenciadas no pós-alta: responsabilidade pelo seu projeto, gestão de sentimentos, relação com a alimentação, relação com a imagem corporal, regresso ao ambiente escolar, regresso ao ambiente familiar; sugestões para o ambulatório: acompanhamento individual, acompanhamento em grupo, intervenção na escola, acompanhamento aos pais; sentimentos: internamento, alta, ambulatório.

As **adolescentes entrevistadas** tinham entre 12 e 16 anos, sendo a média de idade de 13,75 anos. O período de internamento decorreu entre 2 semanas e 9 meses, sendo a média de 4,63 meses. Da análise das entrevistas destacaram-se as seguintes categorias e subcategorias: preparação para a alta; vivências no pós-alta: regresso ao ambiente familiar, relação com a alimentação, regresso ao ambiente escolar, relação com a imagem corporal, relação com o peso, consciencialização da doença e responsabilização pelo seu projeto; vivências do internamento: significados, sugestões de melhoria; sentimentos: internamento, alta, ambulatório.

Das **entrevistas** realizadas aos **médicos** da Consulta Externa emergiram as seguintes categorias e subcategorias: preparação para a alta; transição do internamento para o ambulatório; aspetos a melhorar no internamento; dificuldades vivenciadas no pós-alta: relação com a alimentação, relação com o peso, regresso ao ambiente escolar, regresso ao ambiente familiar, relação com a imagem corporal; sugestões de melhoria para o ambulatório.

## **Síntese Diagnóstica**

Constatamos que a preparação para a alta é uma preocupação presente nos enfermeiros do internamento e que desenvolvem um conjunto de intervenções dirigidas nesse sentido. No entanto, consideram que a sua intervenção não é suficiente e que nem sempre as adolescentes com anorexia nervosa saem bem preparadas para a alta. Associam ainda ao momento da alta a possibilidade de estarem presentes sentimentos negativos. Consideram que no espaço do internamento deveria ser melhorado o trabalho em equipa assim como as intervenções que desenvolvem. Os médicos que seguem as adolescentes com anorexia nervosa no ambulatório confirmam que algumas delas não estão preparadas para a alta mas que a maioria está. Consideram ainda que no internamento deveria ser estabelecida uma melhor articulação com o ambulatório, uma melhor e mais cuidada definição do peso de alta e feita uma aposta mais consistente na intervenção familiar. As adolescentes entrevistadas consideraram que estavam preparadas para a alta, associando sentimentos positivos a esta etapa. No ambulatório são identificados pelos médicos e pelas adolescentes focos de dificuldade, semelhantes aos que os enfermeiros no internamento identificam como possíveis dificuldades e por isso alvo de trabalho com as adolescentes durante o internamento. São exemplo: o regresso a casa e à escola, a gestão do plano alimentar e das oscilações do peso, assim como a gestão do projeto terapêutico em ambulatório que inclui o

trabalho da imagem corporal, consciencialização da doença e adesão/responsabilização ao projeto terapêutico. Os enfermeiros do internamento enumeram algumas melhorias que deveriam ser efetuadas no ambulatório, tais como: realização de um acompanhamento individual, intervenção em grupos terapêuticos, boa articulação com a escola e a manutenção do acompanhamento dos pais. Os médicos consideraram que no ambulatório deveriam melhorar a rapidez da resposta à transição do internamento para o ambulatório, a estruturação de uma consulta mais organizada para este tipo de patologias, um melhor e mais eficaz trabalho em equipa e uma articulação mais próxima com as escolas. As adolescentes solicitam um espaço para falarem de si e das dificuldades que vão encontrando na gestão dos sentimentos e ambivalências que vão vivenciando.

Constatando que no internamento já é realizado um extenso trabalho de preparação para a alta e que as dificuldades sentidas pelas adolescentes se centram na transição para o ambulatório e no acompanhamento em ambulatório, decidimos focar-nos nas dificuldades sentidas pelas adolescentes em ambulatório e nas sugestões de melhoria dadas pelos enfermeiros, médicos e pelas próprias adolescentes e delinear desde esse ponto o plano de intervenção.

## **Definição dos Objetivos**

Delineiam-se como objetivos gerais da intervenção a estruturar: melhorar a resposta terapêutica a adolescentes com

perturbações do comportamento alimentar-anorexia nervosa, em ambulatório e planejar uma consulta de perturbações do comportamento alimentar, mais especificamente para o diagnóstico de anorexia nervosa.

### **Planeamento da Intervenção**

O acompanhamento de adolescentes com anorexia nervosa deve incidir numa intervenção multidisciplinar, sendo esta “fundamental para o sucesso terapêutico e os profissionais envolvidos devem trabalhar de forma integrada” (Appolinário e Claudino, 2000, p. 28 cit. por Arantes, 2010, p. 3). Gentile (2010, p. 189) preconiza um “processo abrangente e rigoroso conduzido por uma equipa de médicos, nutricionista, psiquiatra e enfermeiro com experiência na evolução e tratamento dos distúrbios alimentares”. Cabasés (2003) inclui ainda o psicólogo como membro da equipa multidisciplinar. A APA (2006) define como tratamento da anorexia nervosa: reabilitação nutricional, tratamento psicossocial (psicoeducação, terapia individual, terapia familiar, terapia de grupo), sendo que todas estas abordagens são muitas vezes combinadas. Independentemente da abordagem teórica, o tratamento, na maior parte dos casos, consiste no acompanhamento individual, familiar, associados à reabilitação nutricional (APA, 2006). Herpertz et al. (2011) sintetizaram as principais orientações de guidelines internacionais, chegando à conclusão de que os estudos realizados têm pouca evidência. Referem que não existe evidência do método de tratamento preferencial.

O objetivo do tratamento na anorexia nervosa é normalizar o peso, os comportamentos alimentares e os sintomas/problemas psicológicos associados a esta doença. Deve ser um tratamento claramente estruturado na resolução de sintomas, principalmente no início da doença (Herpertz et al., 2011). A APA (2006, p. 44) sumariza de forma sintética os objetivos da intervenção psicossocial a adolescentes com anorexia nervosa: apoiá-las na compreensão e cooperação da sua reabilitação nutricional e psíquica; compreender e mudar comportamentos e atitudes disfuncionais relacionadas com o seu distúrbio alimentar; melhorar o seu funcionamento interpessoal e social; nomear as comorbilidades da sua patologia e os conflitos psicológicos que reforçam ou causam a manutenção do distúrbio do comportamento alimentar.

São designados como bons indicadores da anorexia nervosa, a ausência de desnutrição grave, de graves complicações médicas, boa cooperação de família e amigos, idade mais jovem, grande período de permanência no primeiro internamento; e como maus indicadores um emagrecimento severo (IMC <13-14), disfunção familiar, duração da doença, comorbilidade psiquiátrica ou distúrbio da personalidade e comportamentos purgativos (Gentile, 2010, p. 187; Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists Clinical Practice Guidelines Team for Anorexia Nervosa, 2004).



## **Consulta de Perturbações do Comportamento Alimentar**

Na estruturação de uma consulta multidisciplinar, delineámos como objetivo geral: melhorar a qualidade dos cuidados prestados a adolescentes com perturbações do comportamento alimentar. E, como objetivos específicos: aumentar o grau de satisfação da criança/adolescente e sua família, diminuir a gravidade das complicações da doença e das comorbilidades, diminuir o número de internamentos e a influência dos fatores de manutenção da doença e estimular o trabalho em equipa.

Na estruturação da consulta criámos critérios de referenciação para a mesma e critérios de inclusão. Definimos ainda critérios de admissão e acompanhamento nesta consulta, apoiados nos critérios de diagnóstico da APA. A equipa a integrar a consulta é composta por pedopsiquiatra, psicólogo clínico, enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental, dietista e terapeuta familiar. Assim sendo, foi proposto acompanhamento pedopsiquiátrico, de enfermagem, de psicologia clínica, de dietética, podendo ainda ser feita intervenção familiar e em grupos de pais. Planeámos que a equipa reúna quinzenalmente. Com a salvaguarda que no início do projeto as reuniões se possam realizar semanalmente e só posteriormente quinzenalmente, até a equipa encontrar o seu equilíbrio.

## **Consulta de Enfermagem na Consulta de Perturbações do Comportamento Alimentar**

A intervenção do enfermeiro incide na autonomização e responsabilização da adolescente no seu projeto terapêutico. Relembra o papel da enfermeira suficientemente boa, enfermeira que cuida, sustenta, que acompanha a adaptação ao mundo exterior, estimulando a coerência e continuidade do *self*. É importante que o enfermeiro, no setting terapêutico, crie um espaço transicional, no qual a adolescente consiga passar de um estado de dependência absoluta para um estado de dependência relativa (Winnicott, 1975). Remetendo para a teoria de Hildegard Peplau, podemos identificar durante as várias fases de intervenção os vários papéis da enfermeira, nomeadamente de estranha, recurso, professora, líder, substituta e conselheira (Belcher e Fish, 2000; Howk, 2004; Almeida, Lopes e Damasceno, 2005).

A frequência de monitorização do peso, vigilância das complicações da doença, e da necessidade de ensinamentos, varia conforme as fases da doença e dita a frequência do acompanhamento. Salientamos a importância da abordagem dos sentimentos, das vivências, do conceito da adolescente sobre si, como pilares da intervenção. Deve-se realizar um trabalho que também assente no desenvolvimento de competências relacionais, na expressão dos sentimentos, conhecimento de si. Trabalhar com as famílias vai assentar principalmente na compreensão da doença e dos seus efeitos na dinâmica familiar. Após a avaliação da

adolescente e sua família é discutido com estas o projeto terapêutico e, na consulta de enfermagem, é delineado em conjunto um plano de objetivos a atingir, prioridades, estratégias e recursos a utilizar. Um plano que deve ser reavaliado sistematicamente no sentido de documentar os efeitos das intervenções e serem levantadas novas necessidades.

## Conclusão

A intervenção em ambulatório foi identificada, na análise e discussão de dados, como uma área deficitária, nível de intervenção que deve ser privilegiado no tratamento de adolescentes com anorexia nervosa. Desta forma, planeamos a estruturação de uma consulta multidisciplinar de perturbações do comportamento alimentar e mais especificamente de enfermagem, com o intuito de responder às necessidades levantadas.

## Agradecimentos

A todos os que colaboraram na realização do trabalho projeto.

## Referências Bibliográficas

ALMEIDA, Vitória; LOPES, Marcos; DAMASCENO, Marta - Teoria das Relações Interpessoais de Peplau: análise fundamentada em Barnaum. **Revista Escola Enfermagem USP**. [Em linha]. vol. 39, n.º 2 (2005), p. 202-210. Disponível na internet:<URL: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n2/11.pdf>>.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION – **DSM-IV - Text Review: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais**. 4.ª ed.. Lisboa: Climepsi Editores, 2002. ISBN 972-796-020-2.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION – **DSM-5 – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. 5ª ed.. Arlington: American Psychiatric Association, 2013. ISBN 978-0-89042-554-1.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - **Practice Guideline for the Treatment of Patients with Eating Disorders**. [Em linha]. 3.ª ed.. (2006). Disponível na internet:<URL:<http://www.guideline.gov/content.aspx?id=9318&search=Eating+disorder%2c+unspecified>>.

ARANTES, Juliana – **Anorexia nervosa: a mente que desmente**. [Em linha]. (2010). Disponível na internet:<URL:<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0560.pdf>>.

BARDIN, Laurence – **Análise de Conteúdo**. 3.ª ed.. Lisboa: Edições 70, 2004. ISBN 972-44-1214-8.

BELCHER, Janice; FISH, Lois – Hildegard E. Peplau. In GEORGE, Julia [et al.] – **Teorias de Enfermagem: dos fundamentos à prática profissional**. 4.ª ed.. Porto Alegre: Artmed Editora, 2000. ISBN 85-7307-587-2. p. 45-57.

CABASÉS, J. – Trastornos de la alimentación de inicio precoz (prepuberal). In moreno, Alfonso - **Trastornos de la conducta alimentaria: anorexia y bulimia nerviosas, obesidad y atracones**. Barcelona: Masson, 2003. ISBN 84-458-1241-6. p. 149-160.

CHICK, Norma; MELEIS, Afaf Ibrahim – **Transitions: A nursing concern**. Pennsylvania: School of Nursing Department Papers – University of Pennsylvania, 1986. [Em linha]. cap. 18. p. 237-257. Disponível na internet:<URL: <http://repository.upenn.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1008&context=nrs>>.

GENTILE, Maria - Anorexia nervosa: identification, main characteristics and treatment. **Nutritional Therapy & Metabolism**. [Em linha]. vol. 28, n.º 4 (2010), p. 185-192. Disponível na internet:<URL:[http://nutritional.wichtig.it/subs%202010/vol.%2028%20no.%204%202010/185-192\\_NT&M\\_09\\_18\\_Gentile.pdf](http://nutritional.wichtig.it/subs%202010/vol.%2028%20no.%204%202010/185-192_NT&M_09_18_Gentile.pdf)>.

HERPERTZ, Stephan [et al.] – The Diagnosis and Treatment of Eating Disorders. **Deutsches Ärzteblatt International**. [Em linha]. vol. 108, n.º 40 (2011), p. 678-685. Disponível na internet:<URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3221424/>>.

HOWK, Chérie – Hildegard E. Peplau: Enfermagem psicodinâmica. In TOMEY, Ann; ALLIGOOD, Martha – **Teóricas de Enfermagem e Sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem**. 5.ª ed.. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda., 2004. cap. 21. ISBN 972-8383-74-6. p. 423-444.

KEEL, Pamela; MCCORMICK, Laurie – Diagnosis, Assessment, and Treatment Planning for Anorexia Nervosa. In GRILO, Carlos; MITCHELL, James – **The Treatment of Eating Disorders: a clinical handbook**. New York: The Guilford Press, 2010. cap. 1. ISBN 978-1-60023-44-4. p. 3-27.

NUNES, Lucília; RUIVO, Mª Alice; FERRITO, Cândida – Metodologia de Projecto: colectânea descritiva de etapas. **Percursos**. [Em linha]. n.º 15 (2010). Disponível na internet:<URL:[http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revisita\\_Percursos\\_15.pdf](http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revisita_Percursos_15.pdf)>. ISSN 1646-5067.

ROYAL AUSTRALIAN AND NEW ZEALAND COLLEGE OF PSYCHIATRISTS CLINICAL PRACTICE

GUIDELINES TEAM FOR ANOREXIA NERVOSA – Australian and New Zealand Clinical Practice Guidelines for the Treatment of Anorexia Nervosa. **Australian and New Zealand Journal of Psychiatry**. [Em linha]. vol. 38, n.º 9/11/12 (2004), p. 659-670. Disponível na internet:<URL:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15324328>>.

WINNICOTT, Donald – **O Brincar e a Realidade**. Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda., 1975.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - **Europe 2011**. [Em linha]. Disponível na internet:<URL:<http://www.euro.who.int/en/home>>.



## Apêndice II – Guião de Entrevista dos Enfermeiros

### Guião de Entrevista Semiestruturada

*Aos enfermeiros do internamento*

Entrevista nº \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Código: \_\_\_\_\_

Tempo de trabalho no internamento: \_\_\_\_\_ anos

Os dados recolhidos contribuirão para a realização de um estudo sobre a problemática de preparação para a alta em adolescentes do sexo feminino, com perturbação do comportamento alimentar, especificamente anorexia do tipo restritivo.

1. No seu ponto de vista, as adolescentes quando têm alta estão preparadas para esse momento?
2. Quais pensa serem as dificuldades vivenciadas pelas mesmas no pós-alta?
3. O que desenvolve, ao longo do internamento, para preparar estas adolescentes para a alta?
4. Considera que a Equipa deveria desenvolver algo mais para melhor preparar estas adolescentes para a alta? Concretize.
5. Enumere três sentimentos, um que pense que possa refletir como se sentem estas adolescentes durante o internamento, outro que simbolize o que pensa que seja o que elas sentem no momento da alta e, por último, um sentimento que ache que possa traduzir o que sentem elas no pós-alta, quando acompanhadas no ambulatório.



## Apêndice III – Guião de Entrevista Adolescentes

### Guião de Entrevista Semiestruturada

*A adolescentes seguidas em ambulatório*

Entrevista nº \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_  
Idade: \_\_\_\_\_ Alta do Internamento há \_\_\_\_\_ meses  
Acompanhamento pedopsiquiátrico antes do internamento S\_\_\_\_ N\_\_\_\_

Os dados recolhidos contribuirão para a realização de um estudo sobre a problemática de preparação para a alta em adolescentes do sexo feminino, com perturbação do comportamento alimentar, especificamente anorexia do tipo restritivo.

1. Relembrando o momento em que tiveste alta do internamento, sentiste que nesse momento estavas preparada para ter alta? Porquê?
2. Quais foram as tuas maiores dificuldades/dúvidas/medos no momento da alta?
3. Como foi regressar à escola, às atividades dos tempos livres, estar com os teus amigos?
4. Como foi o regresso a casa, estar com a tua família?
5. Como decorreu a evolução do peso? O que achas que contribuiu para isso?
6. O que achas que poderia ter sido diferente no internamento que te teria ajudado a que o regresso a casa fosse mais fácil?
7. Enumera três sentimentos, um que reflita como te sentias no internamento, outro que simbolize o que sentiste no momento da alta e um que traduza como te sentes agora.





## Apêndice IV – Guião de Entrevista Médicos

### Guião de Entrevista Semiestruturada

*Aos médicos que acompanham as adolescentes no ambulatório*

Entrevista nº \_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Código: \_\_\_\_

Os dados recolhidos contribuirão para a realização de um estudo sobre a problemática de preparação para a alta em adolescentes do sexo feminino, com perturbação do comportamento alimentar, especificamente anorexia do tipo restritivo.

1. Quando recebe as adolescentes na consulta, após o internamento, sente que estas estão bem preparadas para a alta?
2. Quais as dificuldades vivenciadas pelas mesmas que tem identificado?
3. Sente que o ambulatório consegue dar resposta a todas essas dificuldades? Como? Se não, que sugestões de resposta daria?
4. Considera que a Equipa do Internamento deveria desenvolver algo mais para melhor preparar estas adolescentes para a alta? Concretize.



## Apêndice V - Intervenções dos Enfermeiros durante o Internamento

<i>Imagem de Si</i>	Trabalhar a imagem corporal
	Promover a aceitação de Si
	Clarificar as alterações relacionadas com o crescimento
	Clarificar o desenvolvimento efetuado durante a adolescência
	Clarificar as alterações corporais relacionadas com o aumento de peso
	Clarificar dúvidas relativamente à roupa adequada
	Fomentar o conhecimento do corpo
<i>Relação com o Outro</i>	Promover as relações entre pares
	Promover a integração em grupo
	Promover o desenvolvimento de confiança nos outros
	Fomentar a identificação/leitura dos sentimentos dos outros
	Trabalhar as relações de dependência
	Trabalhar as relações familiares
<i>Descoberta de Si</i>	Promover a autonomização
	Promover o desenvolvimento de confiança em Si
	Promover a descoberta do auto-conceito
	Apoiar na resolução problemas
	Fomentar a diminuição dos comportamentos de grande rigidez, perfeccionismo, controlo
	Apoiar na gestão do grau de exigência para consigo na escola
	Fomentar o planeamento de projetos futuros
	Capacitar para a mudança
	Fomentar a responsabilização por Si
	Acompanhar na definição e estabelecimento de limites

	Promover o treino competências sociais, relacionais, cognitivas
	Reforçar a capacidade de esperar
	Trabalhar as expectativas
	Fomentar o pedido de ajuda
<i>Alimentação</i>	Promover uma alimentação saudável
	Reforçar a importância dos alimentos
	Investir em temas que se desviem da temática comida
	Abordar a relação entre os nutrientes e as funções corporais
	Clarificar dúvidas quanto à confeção e escolha de alimentos
	Promover a aceitação do aumento calórico
<i>Consciencialização da doença</i>	Confrontar com a gravidade da doença, nomeadamente a morte
	Confrontar com manifestações e complicações da doença
	Clarificar o significado de peso saudável
	Promoção da adesão ao plano terapêutico
<i>Trabalho do Sentir</i>	Apoiar na gestão das saudades
	Apoiar na gestão da ansiedade pela possibilidade de não atingir as etapas
	Apoiar na gestão da ansiedade prévia às pesagens
	Apoiar na gestão da zanga, agressividade, frustração
	Promover a expressão de sentimentos, emoções, vivências
	Acompanhar na gestão do medo da doença para sempre
	Apoiar na gestão dos sentimentos emergentes durante o período da alimentação
	Apoiar na gestão do sentimento de solidão
	Trabalhar a ansiedade de separação
	Trabalhar o sentimento de perda
	Acompanhar na gestão de sentimentos provenientes do aumento de peso
	Apoiar na gestão da ambivalência entre querer aumentar e ao mesmo tempo perder peso
	Acompanhar na aprendizagem e aceitação da imprevisibilidade
	Apoiar na gestão do sentimento de culpa por não atingir peso de alta

	Fomentar gestão do medo de perder o controlo
	Trabalhar os medos, angústias
<i>Ambiente terapêutico</i>	Disponibilizar momentos de matternage
<i>Intervenção familiar</i>	Trabalhar as relações familiares
	Diagnosticar falhas de comunicação na família
	Promover o esclarecimento de dúvidas relativamente ao internamento e pós-alta
	Prestar suporte emocional
<i>Transição do internamento para o ambulatório</i>	Avaliar e intervir durante o almoço terapêutico
	Abordar o exercício físico no pós-alta
	Abordar a alimentação na escola, pós-alta



## Apêndice VI - Grelha de Análise dos Enfermeiros

Categorias	Subcategorias	Unidades de Registo
<b><i>Preparação para a alta</i></b>		"essencialmente é que elas procuram atingir o peso" E1
		"A preparação que é feita, é feita ao longo das várias etapas" E1
		"lá fora não há plano... e tem de se confrontar com muitas situações difíceis no dia-a-dia, para as quais acho que elas não estão preparadas aqui no internamento" E2
		"Nunca se está preparado... o internamento tem um timing" E3
		"Não, não... não sinto que estejam preparadas.. não sei se é para ter alta" E4
		"Tenho algumas dúvidas provavelmente não (...) algumas têm alguma crítica, outras dizem exactamente aquilo que eu quero ouvir" E5
		"Acho que depende das situações (...) algumas miúdas (...) permite-lhes quando têm alta, lá fora, conseguir gerir as coisas de outra forma. Outras miúdas acho que não estão preparadas, acho que o período de internamento é muito focalizado em determinadas alturas e em determinados casos, apenas em aumentar o peso" E6
		"a preparação para a alta tem de começar logo desde a admissão" E6
		"Não, de todo. Algumas sim, mas a maior parte delas não" E7
<b><i>Trabalho realizado no Internamento</i></b>	<b><i>Imagem de Si</i></b>	"trabalhar a imagem, os contornos do corpo (...) colorirem o corpo com outras coisas" E1
		"auto-estima" E1, E3, E6
		"cuidarem de si" E1
		"valorizarem o seu corpo" E1
		"imagem corporal" E1, E6
		"gostarem de si mesmo... de se olharem ao espelho e um pouco de gostarem de fazer actividade de beleza, gostar de se arranjar, de ter prazer em escolher determinadas coisas" E1
		"imagem corporal, que na maioria das vezes, ou sempre, está distorcida" E6
	<b><i>Relação com o Outro</i></b>	"prazer em si na relação com os outros" E1
		"darem-se aos outros" E1
		"criar pareceria e terem mais elos" E1
		"vinculem na relação connosco, na relação com elas, na relação com a vida" E2

		“noção que tem uma equipa de retaguarda, uma família, uma escola, em que todos juntos ela sinta segurança para os momentos difíceis” E3
	<i>Descoberta de Si</i>	“actividades que lhes causem prazer” E1
		“procura-se a identidade” E1
		“ajudá-las a se encontrarem, no fundo a encontrarem um olhar diferente” E2
		“o que terão de fazer para se projectar no futuro” E3
		“que seja claro para elas que nós aqui não lhes estamos a retirar o controlo, que pelo contrário lhe estamos a dar a possibilidade de elas controlarem, de gerirem a sua vida de uma outra forma, ou seja, que o prazer que elas retiram de controlar efectivamente uma dimensão da vida delas seja substituído pelo prazer de elas gerirem a vida de uma forma mais saudável” E4
		“dentro dela construída a imagem do prazer da vida, da riqueza, do retomar, das coisas que são importantes para mim” E5
		“Falar dos projectos a curto prazo, o que elas gostam, o que lhes dá prazer lá fora, ao que elas se poderão agarrar” E7
		“perceber o motivo do internamento (...) como foi o crescer da miúda” E7
		“trabalho (...) que lhes permita vivenciar uma mudança naquilo que é o seu olhar sobre a sua problemática” E4
		“pensar efectivamente naquilo que promoveu a este comportamento e de alguma forma e que criou as condições para que esta problemática surgisse” E4
	<i>Relação com a alimentação</i>	“aprenderem a gostar de determinados alimentos... dar um sentido” E1
		“reaprendizagem da alimentação” E1
		“têm horários estabelecidos e têm rotinas” E1
		“alimentação” E3
		“conseguir identificar com elas quais são as respostas alimentares adequadas e o que elas representam” E6
	<i>Consciencialização da doença</i>	“perceber a importância de ter uma alimentação saudável” E6
		“dizer-lhes que assim não podem continuar, acho que esse momento de crise é fundamental, é fulcral perceberem que estão doentes e isso não é feito em mais lado nenhum” E1
		“mentalizar-se do estado em que chegaram” E1



		"noção dos riscos" E3
		"noção em relação à medicação" E3
		"noção do que a doença, responsabilidade de cuidarem delas, aqueles pensamentos obsessivos, aquela rigidez" E3
		"consciência clara de que se está sempre na corda bamba" E5
		"consequências nefastas e negativas para o organismo delas face às respostas adaptadas" E6
		"trabalhar a adesão delas ao projecto terapêutico" E6
	<i>Acompanhamento por técnicos de referência</i>	"importante ter aqui técnicos que as seguem" E1
		"acho que não podia ser de outra forma, estarem aqui técnicos de referência para as acompanhar... acho que foi muito importante esta unidade ter focado assim uma pessoa mais ligada a elas, que conhece melhor os problemas delas" E1
		"o acompanhamento pelo enfermeiro responsável é bom... e acho que muita coisa se centra nisso, no acompanhamento que pode ser feito numa relação preferencial" E2
		"a oportunidade das miúdas terem uma pessoa de referência, consistente e regular pode ser importante" E4
		"passa pelo contexto de uma relação, com o enfermeiro de referência e com os técnicos de referência" E4
		"importante haver essa comunhão entre os vários profissionais" E4
		"trabalho de enfermagem, que é muito presente, que é muito contínuo" E5
		"trabalhamos todos em equipa para um objectivo, mas acho que o enfermeiro de referência tem um papel importante e faz-me todo o sentido, isto é, acompanhar estas miúdas desde o início e haver um elemento de referência" E6
		"faz sentido que seja uma pessoa a trabalhar mais de perto com elas" E6
		"mesmo para a família, vai ter um maior a vontade porque criou uma relação de confiança maior e verbalizará coisas (...) que não verbalizará comigo ou com outra pessoa" E6
	<i>Trabalho do Sentir</i>	"trabalhado o significado do que é ir lá para fora, o que é que aquela miúda, que fantasia é que vai sentir, ou imagina que vai sentir lá fora...tentar com eles fazer este caminho simbólico entre o cá dentro e o lá fora... imaginar como vai ser, imaginar o que vai ser mais difícil, com que é que se vão confrontar" E2

		“Trabalhar com a enfermeira que está com ela como pode fazer sem voltar, sem ter medo outra vez” E5
		“dar sentido àquela angústia” E6
		“dar sentido e permitir e incentivar a expressão daquela angústia que elas têm, da ansiedade, da ambivalência em relação ao aumento de peso, que é enorme” E6
		“sentimentos delas” E1
	<i>Ambiente terapêutico</i>	“a parte afectiva é muito importante, por isso os profissionais utilizam a maternage, a paternage, o holding” E3
		“no controlo, na nossa protecção, estar ao lado de” E1
		“ambiente que é altamente estruturado e regrado” E2
		“fazíamos muito as nossas pausas de café... aquele momento, o estarmos, o conversarmos” E5
	<i>Intervenção familiar</i>	“estabelecer um elo empático, consegues estar, até no não dele” E5
		“preparação com os pais de autonomização e crescimento” E1
		“os pais recorrem aos enfermeiros nesta perspectiva de aconselhamento, de se aconselharem em determinadas situações” E2
		“separação [da filha], a sua rede social” E1
		“ajudá-los a encontrar respostas diferentes e construir uma relação diferente...esta patologia centra-se muito à volta de um conflito familiar em que é preciso trabalhar as várias partes” E2
		“esta ideia do conflito, certo nós trabalhamos, mas se os pais não conseguem re-significar isto, como é que eles vão lidar com todas as ansiedades” E2
		“intervenção a nível familiar” E3
		“trabalhar a família” E6
		“dar voz aos pais, de ouvir as dúvidas, as dificuldades, os medos que eles estão carregados de medos, e sem saber como devem agir quando for a alta, como perante determinada situação devem actuar” E6
		“mover a família nisto tudo” E6
		“Estes pais sentem-se muito aflitos, muito culpados e é difícil lidarem com esta culpa, percebem isto... sempre a questionarem o que é que falharam, o que é que não falharam, o que devem fazer e o que não devem fazer, uma vez que antes do internamento já toda a rotina era centrada nisto na comida,

		na alimentação e este conflito continua sempre” E6
		“conhecer (...) dinâmica da família” E7
		“a família tem de fazer uma aprendizagem do novo papel lá em casa” E1
	<i>Transição do internamento para o ambulatório</i>	“almoço terapêutico como um momento de transição (...) seria um momento de encontro de todos, todos pela primeira vez à mesa (...) marcar um bocadinho o ritual de passagem (...) é assim o momento mais importante” E2
		“os almoços terapêuticos são das melhores imagens que eu tenho de como aquela criança está claramente, aquela adolescente em relação a si mesma, em relação ao seu ciclo familiar, ao seu ciclo de amigos, da forma como ela se posiciona” E5
		“no almoço terapêutico consegues avaliar imensas coisas, consegues perceber realmente qual é a relação que ela tem com a comida no actual, no aqui e agora, consegues perceber se ela já tem uma percepção ou não das quantidades da comida ou não e consegues avaliar muito da relação familiar” E6
<b>Trabalho a melhorar no Internamento</b>	<i>Intervenção familiar</i>	“o facto de poderem ir de licença de ensaio, e o que trazem da licença de ensaio... acho que é muito importante para a preparação para a alta” E2
		“esse trabalho coma família ainda há muito que caminhar, ainda há muito que desbravar” E1
		“Tivemos vários pais a pedirem alguma orientação, o que devem fazer, em determinadas situações o que devem dizer” E2
		“trabalho com a família é pouco” E1
		“os pais acho que tem de ser um trabalho semelhante e que acho que às vezes ficam esquecidos” E2
		“A família necessita de um grande suporte e nós só trabalhamos com eles quando vêm às visitas” E3
		“Tem de haver um elo de ligação... o que eles [os pais] passam este tempo todo (...) a aparte afectiva é muito importante para a recuperação” E3
		“Deveria haver uma ligação maior com a família, podiam pelo menos uma vez por semana ligar, de 15 em 15 dias” E3
		“sermos mais capazes de trabalharmos com os pais.. não é tanto sobre qual deve ser a dieta destas miúdas, o que elas podem ou não podem fazer mas é mais no sentido dos pais serem mais capazes de compreender os seus filhos e ser mais capazes de perceber porque é que elas se comportam desta forma, porque é que elas são tão rígidas, porque é que elas têm estas características” E4

	<i>Trabalho de Equipa</i>	"não há uma verdadeira intervenção de todos os técnicos... trabalha-se muito individualmente" E1
		"haver uma relação mais próxima entre os técnicos de referência destas miúdas" E4
		"em termos de equipa, acho que nem todas as pessoas conseguem trabalhar com estas adolescentes, também não é fácil" E6
		"pensarmos mais equipa sobre como ajudarmos estas jovens, pensar na intervenção com estas miúdas, acho que a determinada altura poderíamos investir mais, estas miúdas acabam por ficar um bocado a margem quando o serviço está caótico, porque estão sossegadas, não criam problemas e, que às vezes o trabalho com elas passa ao lado" E6
	<i>Atividades</i>	"trabalho de relaxamento" E1
		"introduzir mais algumas actividades" E7
	<i>Plano por Etapas</i>	"fazer um outro trabalho, fazendo um acompanhamento que signifique ou re-signifique aquele plano, para aquilo fazer sentido internamente e não ser só um cumprimento de metas" E2
		"o plano por etapas tem de ser repensado e talvez re-significado... que ideia temos nós acerca deste projecto... porque passamos isso na relação com os miúdos, para não ser só uma etapa, porque aquela etapa tem um significado, tem uma coisa, um crescimento dos miúdos aqui, no seu desenvolvimento" E2
		"Serve, eu acho, para nos distanciar da relação, para nós não conhecermos estas miúdas" E2
		"cumprem um plano que é traçado mas que não há um trabalho, também porque este contexto torna isso complicado" E4
		"plano muito cognitivo-comportamental estruturado por metas... se nos restringimos só ao plano fica muito curto, é pouco" E2
		"às vezes este aumento [ponderal] é tão rápido que não se consegue acompanhar do resto" E6
		"o plano terapêutico delas não pode ser todo igual, tem de ser personalizado e há certas miúdas que o tempo que passam aqui é só para encher, só para aumentarem de peso e para saírem, irem embora e não se faz outro tipo de tratamento e que põe em causa como vai ser depois" E7
		"Personalizar o plano para cada miúda" E7
		"como é que este plano por etapas se pode prolongar para além do internamento" E2
		"é fundamental que este plano continue para a vida, lá fora... este trabalho não é feito, acho que fica curto" E2

	<i>Acompanhamento posterior ao internamento</i>	"o que elas vivem aqui é tão intenso que ficam muito vinculadas ao internamento e este vínculo faz-me sentido que tenha continuidade... acho que isso é fundamental... e no fundo elas procuram isso" E2
		"como é que terminamos este acompanhamento... certo que são acompanhadas lá fora... mas acho que é... muito pouco... acho que o pedido é outro, e não é só das miúdas, dos pais" E2
		"se esse acompanhamento se mantivesse, num período, num determinado período de tempo era fundamental, ajudava imenso, pelo menos consolidava este projecto" E2
		"nunca estarão preparadas porque precisam de um acompanhamento lá fora" E3
		"o pós-alta não ser só a consulta médica, de forma a que a enfermeira pudesse continuar a caminhar com ela, nos seus problemas" E5
		"Seria uma acompanhamento posterior à alta com os pais incluídos" E2
		"alguns dos miúdos precisavam de mais qualquer coisa, precisava que lá continuássemos até fazer o click que não fez ainda" E5
		"tens consciência de que está melhor mas que ainda precisava que lá estivesses e acho que esse papel continua a estar vazio aqui neste projecto" E5
	<i>Conhece-las</i>	"elas darem sugestões, ou deixarem um livrinho com aquilo que gostaram, com aquilo que não gostaram, ou pelo menos o que poderia ser feito para as ajudar no problema delas, ouvi-las e serem elas a escreverem sugestões" E1
		"não estabelecemos uma relação, não conhecemos estas miúdas" E2
		"eu não sei o que elas sentem, posso dizer o que sinto na relação com elas" E2
		"devemos conhecer um bocadinho melhor a pessoa e redireccionar para a pessoa e não para a doença" E3
		"Há internamentos que não houve tempo suficiente para o miúdo se abrir" E7
	<i>Transição do internamento para o ambulatório</i>	"fundamental fazer esta transição entre o internamento e a vida lá fora... é um momento de transição e um momento de acompanhamento" E2
		"licenças de ensaio, o que é que falha muitas vezes" E1
		"teríamos muito menos reincidências se não fizéssemos um corte tão abrupto com a equipa" E5
		"é extremamente importante as licenças de ensaio... mas logo às licenças de ensaio elas têm alta logo a seguir, eu continuo a achar que não me satisfaz" E5

<b><i>Dificuldades vivenciadas no pós-alta</i></b>		"na última fase perde muito o trabalho (...) sinto que chega ali, aquele fim-de-semana, àquela licença de ensaio e vai embora... e acabou..." E5
		"irem de várias licenças de ensaio que permitissem à enfermeira continuar a trabalhar com essa miúda" E5
		"acho que não se pode cortar o papel da enfermeira desta maneira tão abrupta" E5
		"ficou um vazio... entre aqui e ali não há uma ponte" E5
	<i>Responsabilidade pelo seu projeto</i>	"ficarem entregues a si mesmas" E1
		"plano por etapas não for interiorizado acho que lá fora as miúdas vão ter muitas dificuldades" E2
		"para um ambiente que as regras são muito menos, são elas que têm de controlar" E2
	<i>Gestão dos sentimentos</i>	"estas miúdas possam ventilar aquilo que sentem em relação às situações com que são confrontadas, à escola, aos amigos" E2
		"essa ambivalência que tem de ser trabalhada... não há planos por etapas nessa altura" E2
		"com várias ambivalências, até com o factor existencial" E3
		"têm muitos receios de como vai ser gerir a vida delas fora de um contexto como este, portanto eu acho que a maior dificuldade passa sobretudo por isto por gerir emocionalmente os desafios que se lhes colocam quando elas saem" E4
		"é mais por dentro.. o que é que efectivamente mudou" E4
		"é voltar a hábitos que elas tinham, aos mesmos sítios e é difícil" E7
		"comeram mas não comeram" E1
	<i>Relação com a alimentação</i>	"A relação com a comida muda radicalmente, aqui a relação com a comida é uma, lá fora a relação com a comida não é... não é estruturada como nós fazemos aqui" E2
		"como é esta relação com a comida na escola, no refeitório" E2
		"não é tanto o não saber o que devem ou não comer" E4
		"o comer, porque estão em casa, a dieta já não é dieta personalizada como é a daqui do hospital" E6
		"têm de ser os pais a gerirem essa dieta e isso causa-lhes muita angústia" E6
		"o conflito pode novamente surgir, relacionado com a comida, com o tempo das refeições" E6
		"conflito (...) relacionado com a comida" E6
		"o padrão alimentar, elas saíram de um determinado registo" E7
	<i>Relação com a</i>	"chegam a casa e que se vêem gordas e ... andaram a adquirir uma série de peso e depois não gostam

	<i>imagem corporal</i>	da sua imagem” E1
		“têm uma imagem idealizada e vêem-se ao espelho e não gostam, não gostam daquilo que vestem, não gostam daquilo que estão a ver” E1
	<i>Regresso ao ambiente escolar</i>	“o regressar à escola também é muito difícil para elas, a relação com os colegas com os professores” E6
		“difícil elas terem de explicar o que se passou com elas, porque estiveram tanto tempo afastadas dos colegas” E1
		“Como é voltar aos sítios em que já se esteve e esteve muito doente com todos os desafios que esses sítios convocam” E2
		“medo agora tenho de reiniciar a escola, tenho de reiniciar uma série de actividades que não fazia” E6
	<i>Regresso ao ambiente familiar</i>	“mas como é que vai ser estar em casa, como é que vão surgir os conflitos, quando surgem como é que as coisas acontecem” E2
		“família é toda a situação de gestão de conflitos” E3
		“o relacionamento familiar, a comunicação que está sempre comprometida” E6
		“regressar a casa onde provavelmente existe um conflito presente” E6
<b>Sugestões para o ambulatório</b>	<i>Acompanhamento individual</i>	“psicoterapia ou terapias” E1
	<i>Acompanhamento em grupo</i>	“importante elas estarem com pessoas que tivessem os mesmos problemas, ou que estivessem a vivenciar as mesmas coisas (...) em que elas pudessem conversar sobre as suas dificuldades” E1
		“grupos terapêuticos” E1
		“um elo de ligação, uma rede de suporte em que ela se sente sempre acompanhada” E3
	<i>Intervenção na Escola</i>	“na escola poderá fazer-se um bocadinho de desmistificação de crenças, de sentimentos.. de forma a que toda a turma, todos os professores façam um projecto de convergência” E3
	<i>Acompanhamento aos pais</i>	“grupos de ajuda, partilharem a sua experiência com outros pais” E3
		“psicoeducação” E3
<b>Sentimentos</b>	<i>Internamento</i>	“chantagem, eu não comi em casa e agora vocês vão-me internar porque já não sabem o que hão-de fazer comigo” E1
		“angústia é uma coisa transversal, a ambivalência” E2
		“período de estabilidade” E2

		"dualidade poderá existir sempre" E3
		"como uma coisa boa (...) revolta.. já não faço aquilo que quero (...) prisão delas próprias e não conseguem reconhecer ajuda" E3
		"sentem-se privadas de tudo ... como uma prisão" E4
		"o sentimento dominante é um sentimento negativo" E4
		"tristeza muito marcada... alguma frustração, muita raiva e a zanga" E4
		"um ovo de dinossauro com uma casca muito dura" E5
		"ambivalência, o medo de aumentar de peso, de se confrontar com esse aumento" E6
		"descontrolo das coisas, medo, zanga connosco não com elas" E7
	<i>Alta</i>	"angústia é uma coisa transversal, a ambivalência" E2
		"susto, medo, algum receio" E2
		"ambivalência e algum medo" E2
		"dualidade poderá existir sempre" E3
		"ambivalência.. alguma onipotência" E3
		"sinto que há muita ambivalência no momento em que elas têm alta" E4
		"grande ansiedade e de muita expectativa face ao período pós-alta" E4
		"é sobretudo a ansiedade" E4
		"um passarinho com penugem, sem muitas penas, ainda não consegue mexer muito bem as asas" E5
		"ambivalência, (...) medo" E6
		"alívio" E7
		"regresso à liberdade" E1
		"sou eu que decido e tenho o controlo" E1
	<i>Ambulatório</i>	"alegria de estarem na escola, de estarem com os colegas" E1
		"angústia é uma coisa transversal, a ambivalência" E2
		"Lá fora imagino que ambivalência seja uma coisa muito intensa" E2
		"dualidade poderá existir sempre" E3
		"medo de voltar ao mesmo" E3
		"momento de grande insegurança que pode ser maior ou menor e significativo de acordo com o suporte que elas têm" E4



		"consegue pedir ajuda, consegue telefonar (...) fragilidade" E5
		"ambivalência continua lá" E6
		"maior risco, medo da recaída, medo, mais ansiosas" E7



## Apêndice VII – Grelha de Análise Adolescentes

Categoria	Sub-categoria	Unidades de Registo
<b><i>Preparação para a Alta</i></b>		“acho que sim...acho que estava preparada. Eu estava...” A1
		“Sim acho... da outra vez não...mas desta sim” A2
		“Estava, acho que sim... estava e não estava... estava assim um bocado assustada a pensar como ia ser a partir daquele ponto” A3
		“Estava preparada para continuar a minha vida, estar com a minha família, da melhor forma” A3
		“Sim... eu achava que ia correr tudo bem” A4
		“eu dizia a mim mesma que não ia cumprir como cumpria lá no internamento, mas sentia-me preparada para sair” A4
<b><i>Vivências no pós-alta</i></b>	<b><i>Regresso ao ambiente familiar</i></b>	“Nem sempre me sentia compreendida... depois foi melhorando” A1
		“tinha medo é se os meus pais estavam preparados para me receber, se estavam preparados para a minha mudança” A1
		“estava-me a fazer muita confusão, estava-me a sentir muito pressionada e andava sempre de volta da minha mãe a ver como ela fazia as coisas e isso levou a muita discussão e foi um bocadinho mau” A1
		“às vezes chateava-me com as minhas irmãs e chamava nomes ao meu pai porque ele me chateava por causa das pernas” A2
		“foi muito bom, já tinha saudades” A3
		“bem... antes havia discussões por não comer e deixaram de haver discussões e melhorou tudo” A4
	<b><i>Relação com a alimentação</i></b>	“na altura das refeições, muitas discussões, ainda foi um bocado difícil” A1
		“em casa nas refeições, eu apercebia-me que os meus pais estavam sempre a olhar muito e a ver o que eu estava a comer” A1
		“difícil... a alimentação” A4
		“comecei a comer assim umas coisas que eu mais gostava e no final da refeição comer uma guloseima, enquanto no internamento não comia a guloseima” A4
		“comecei a ter uns ataques de fome devido, porque antes como tinha feito muita restrição comecei a ter mais vontade de comer, os doces e isso” A1

<b>Vivências no pós-alta</b>	<i>Regresso ao ambiente escolar</i>	"foi bom, tinha muitas saudades mas depois estava com receio que me fizessem muitas perguntas, o que aconteceu... mas não fizeram muitas... perguntaram se eu estava melhor, eu disse que sim... mas foi bom porque reencontrei os meus amigos e já tinha muitas saudades" A1
		"fiquei um bocado chateada porque queria voltar logo, estava parada há muito tempo e estava com muita vontade mas as médicas não me deixaram ir logo fazer desporto" A1
		"foi bom, estava um bocado nervosa porque havia colegas que gozavam comigo e disseram que eu era infantil, faziam perguntas mas eram queridos" A2
		"o teatro foi mais ou menos, o meu professor não parava de olhar, de dizer que eu estava bem... eu sei que é bom dizer isso... mas até chateia" A2
		"super bem... perguntaram só se eu já estava bem e apoiaram-me" A3
		"Pude fazer logo educação física" A3
		"já estou como dantes" A1
	<i>Relação com a imagem corporal</i>	"agora estou normal" A1
		"sinto-me magra e bem com o meu corpo" A2
		"Medir as pernas" A2
		"queria ter umas pernas como as das modelos" A2
		"Estava melhor do que eu pensava" A3
		"Foi a barriga... continuava preocupada, não conseguia perde-la" A4
	<i>Relação com o peso</i>	"fui sempre aumentando, nunca perdi" A1
		"uma altura que aumentei um bocadinho mais (...) comecei a ter mais vontade de comer, os doces e isso" A1
		"fui perdendo o peso, ainda me via gorda" A2
		"aumentei um bocadinho, mas depois voltei ao normal " A1
		"Tive uma recaída, quando saí do internamento (...). Foi um choque porque antes tinha uma vida mais sedentária, no internamento estava sempre sentada, levantava-me um bocadinho, sentava-me... agora tenho mais actividade" A3
		"lá no internamento tinha, cumpria tudo porque tinha de aumentar de peso... quando vim para casa já não tinha aquela coisa de ter de aumentar para me vir embora, então desliguei um bocadinho e revi a minha alimentação" A4
		"só uma vez que eu perdi 300g, de resto tem sido sempre a aumentar e a manter" A4
		"não queria aumentar, queria só manter" A4
	<i>Consciencialização da doença e</i>	"não tinha noção de como estava, não queria acreditar, é aquela fase da doença da

<b><i>Vivências no pós-alta</i></b>	<i>Consciencialização da doença e responsabilização pelo seu projeto</i>	“não tinha noção de como estava, não queria acreditar, é aquela fase da doença da negação e de não querer mesmo acreditar” A3
		“Consegui estabelecer um parâmetro normal entre o internamento, antes era mesmo rigorosa, controlava o dia todo, agora, é deixar as coisas acontecerem, não controlar” A3
		“Foi adaptar-me outra vez a minha vida mas agora num ponto mais estável, que antes do internamento não tinha noção, a consciencialização que era precisa para continuar o caminho adequado” A3
	<i>Acompanhamento</i>	“fui falando nas consultas, a médica falava com os meus pais e depois as coisas começaram a melhorar” A1
		“Tinha algumas dúvidas... mas foram sendo tiradas...” A1
		“a médica avisou-me para ir aumentando de peso, senão não tinha alta e era melhor para mim” A3
		“Quando ia às consultas ficava muito nervosa, ía mesmo muito nervosa” A3
		“devíamos ser acompanhadas com a enfermeira assim de vez em quando, para podermos falar um bocadinho com a enfermeira porque aqui esta médica não fala muito connosco... e com os pais e isso não fala muito, não dá para a gente desabafar” A4

<b><i>Vivências do Internamento</i></b>	<i>Significados</i>	“Tinha sempre o objectivo de ver os meus amigos, a minha família e eu sabia que eu não comesse, se não aumentasse o peso não conseguia fazer isso, não conseguia vê-los e estava lá muito mais tempo, coisa que eu não queria” A1
		“objectivo que eu tinha no outro internamento era perder peso e eu aumentava por obrigação, queria ter alta, mas eu queria perder e queria ficar magra” A2
		“No princípio só queria ficar com vinte e tal quilos, depois recuperei pensei que isto não é vida para ninguém e consegui, estava farta de estar aqui, também me queria curar” A2
		“o mais difícil foi as visitas mas compreendo que tenha de ser assim o processo, que tem de ser assim” A3
		“Acho que temos de aprender por nós próprios... deram-me as bases necessárias, a partir daí” A3
		“Tudo aquilo fez dar o click, ajudou-me mais a melhorar” A1

	<i>Sugestões de melhoria</i>	"eu acho que não mudava nada" A1
		"Nada, acho que fizeram tudo bem" A3
		"foi tudo fácil!" A2
		"Acho que se o plano... eu sei que a alimentação que tinha de cumprir era aquilo que eu precisava, mas se fosse um bocadinho menos acho que se tornava mais fácil para mim" A4
		"em relação ao internamento achei que talvez... deviam fazer mais actividades connosco para ficarem a saber um bocadinho mais sobre nós e nós também podermos falar mais" A4
		"No choque inicial, não serem tão agressivos, foi muito duro" A3
		"A passagem foi muito dura... agora não podes ver os teus pais... foi o pânico" A3
<b><i>Sentimentos</i></b>	<i>Internamento</i>	"estava sempre preocupada e nervosa" A1
		"estava sempre com medo das pesagens de manhã e de não conseguir e de perder e depois vinha a dietista e tinha de aumentar outra vez" A1
		"limitada" A2
		"saudade" A3
		"desilusão, tristeza" A4
	<i>Alta</i>	"contente... por ir regressar a casa" A1
		"livre" A2
		"felicidade" A3, A4
	<i>Ambulatório</i>	"mais livre...livre" A1
		"descontraída" A2
		"nervosismo, mas também felicidade, estabilidade" A3
		"contínua a ser felicidade e continua a ser boa-disposição" A4





## Apêndice VIII – Grelha de Análise dos Médicos

Categorias	Subcategorias	Unidades de Registo
<b>Preparação para a alta</b>		“Sim, penso que estão preparadas, penso que sim” M1
		“se não tinham uma relação estabelecida com alguém... se já tiverem é mais fácil” M1
		“relação com o médico não estava a decorrer da melhor maneira... a passagem para o ambulatório, não estão preparadas para isso” M1
		“Há dois grupos distintos... as que eu acho que estão preparadas para sair e as que aparentemente estavam preparadas e afinal não estavam preparadas” M2
		“habitualmente estão” M3
		“começamos a preparar logo desde o início” M1
		“preparadas (...) elas próprias mudaram substancialmente na sua maneira de estar em relação à doença, e neste caso ao seu comportamento alimentar” M2
<b>Transição do internamento para o ambulatório</b>		“o fim de semana em que fazemos um ensaio (...) isso já uma ótima medida” M2
		“O almoço terapêutico é uma ótima altura para se perceber como elas estão” M2
		“o almoço terapêutico é um momento importante” M3
		“Eu acho que temos feito cada vez melhor a transição” M1
		“fazemos a passagem até o colega os poder receber” M1
<b>Aspetos a melhorar no Internamento</b>		“o peso, a família, a segurança em cumprir o plano alimentar” M2
		“terapia familiar” M2
		“boa definição de peso de alta” M2
		“devemos ter mais preciosismo neste calculo do peso para sair” M2
		“uma melhor articulação com o colega da consulta, com quem elas vão continuar” M3
<b>Dificuldades vivenciadas no pós-alta</b>	<i>Relação com a alimentação</i>	“medo de perderem o controlo da alimentação” M1
		“hora de refeição” M2
		“área do controle alimentar” M1
	<i>Relação com o peso</i>	“medo de aumentarem muito de peso” M1
		“ficam muito centradas no peso da alta e portanto aquele peso fica como referência durante bastante tempo” M3
		“estão sempre muito centradas na questão do peso” M3

		“gerem este peso, o que é que vou fazer, o que vou fazer a mais para manter este peso” M3
	Regresso ao ambiente escolar	“confronto com os colegas e pessoas lá fora, o que vão dizer, o que lhe vão perguntar, como se vão posicionar, o que podem e não podem dizer, o que querem e não querem dizer” M1
		“impacto na escola” M2
		“dificuldade de voltar à escola... os amigos, os colegas” M3
	Regresso ao ambiente familiar	“família ainda não esteja preparada para as receber” M2
		“falta de acompanhamento em casa” M2
	Relação com a imagem corporal	“o impacto de como isto vai ser, como os outros vão olhar para elas” M1
		“o impacto que esta doença e a imagem corporal delas tem nos outros e como é que os outros vão olhar para elas e as vão ver” M1
		“se sentem inseguras” M2
	Sugestões de melhoria para o ambulatório	
		“preparar logo desde o início... sobretudo a relação com o novo colega” M1
		“a nossa articulação é boa, com os colegas, mas a resposta não é atempada” M1
		“Não acho que o ambulatório esteja a dar resposta suficiente a estas meninas” M1
		“um ambulatório de pós-alta adaptado a cada uma destas situações” M2
		“consulta x dias após a alta” M2
		“envolver um técnico da escola no pré-alta para preparar a escola... devemos dar um feedback à escola, ou no ambulatório pedir à escola que nos de um feedback ou preparar a escola para a jovem que vai sair” M2
		“Funcionarmos em equipa desde o momento em que nos surgem nas mãos, seguimos em equipa quando elas estão no internamento e continuamos em equipa quando elas nos saem” M2
		“reorganização da consulta” M2
		“terem uma meta, e uma das questões que elas põe sempre é então quando é que eu tenho alta” M3

## **Apêndice IX - Proposta de Protocolo de Referenciação para a Consulta de Perturbações do Comportamento Alimentar do Serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência**

### **• Critérios de Referenciação**

Crianças ou adolescentes que manifestem:

- recusa permanente em manter um peso corporal igual ou superior ao minimamente normal para a idade e altura, associado a um medo intenso de ganhar peso ou de engordar quando este é insuficiente
- alteração da imagem corporal e negação do estado de emagrecimento secundário a restrição alimentar ou comportamento purgativo
- episódios recorrentes e ao longo de pelo menos 3 meses, de ingestão alimentar compulsiva associados ou não a comportamentos compensatórios para impedir ganho ponderal como vomitar, exercício físico em excesso, uso de laxantes, diuréticos, enemas ou outros medicamentos.

### **• Critérios de Exclusão**

Crianças ou adolescentes que manifestem:

- perda de peso rápida (> 30% em 6 meses) ou desnutrição grave
- complicações médicas agudas (ex. disritmias cardíacas, alterações eletrolíticas graves)
- ciclos ininterruptos de ingestão alimentar compulsiva (*binge eating*), vômitos/uso de laxantes e restrição alimentar
- situações médicas coexistentes não controladas (ex. *Diabete Mellitus*)
- $IMC \leq 14$
- depressão grave, ideação suicida ou associação com outros sintomas psicopatológicos graves, em particular sintomas psicóticos

**NOTA:** Quando presentes critérios de exclusão, estão presentes critérios de internamento, pelo que a criança/adolescente deve ser encaminhado para o **Serviço de Urgência de Pediatria**.



## Apêndice X - Proposta de Critérios de Admissão e Seguimento na Consulta de Perturbações do Comportamento Alimentar

- **Admissão**

É admitida na Consulta de Perturbações do Comportamento Alimentar, toda a população infantil e juvenil da área de influência, com diagnóstico clínico de Perturbação do Comportamento Alimentar.

- **Critérios de diagnóstico/admissão**

Nas Perturbações do Comportamento Alimentar, a *American Psychological Association* (APA), no DSM-IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) inclui os diagnósticos de Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa, sendo que a distorção da imagem corporal e do peso é comum a ambas. A Perturbação Alimentar Sem Outra Especificação existe para codificar perturbações que não preencham os critérios dos diagnósticos anteriores.

A **Anorexia Nervosa** é caracterizada como “recusa em manter um peso corporal normal mínimo, do medo intenso em ganhar peso e da significativa perturbação da percepção do tamanho e das formas corporais” (APA, 2002, p. 583). Sendo os critérios de diagnóstico (*idem*, p. 589):

- a. Recusa em manter um peso corporal igual ou superior ao minimamente normal para a idade e altura.
- b. Medo intenso de ganhar peso ou de engordar, mesmo quando o peso é insuficiente.
- c. Perturbação na apreciação do peso e forma corporal, indevida influência do peso e forma corporal na auto-avaliação, ou negação da gravidade do emagrecimento atual.
- d. Nas jovens após a menarca, amenorreia, ou seja, ausência de pelo menos 3 ciclos menstruais consecutivos.

**Tipo Restritiva:** durante o episódio atual de Anorexia Nervosa a pessoa não recorre regularmente a ingestão compulsiva de alimentos nem a purgantes (por exemplo, vômito ou abuso de laxantes, diuréticos e enemas).

**Tipo ingestão compulsiva/Tipo Purgativa:** durante o episódio atual de Anorexia Nervosa a pessoa tem comportamentos bulímicos ou purgativos (vômitos ou abuso de laxantes, diuréticos e enemas).

A **Bulimia Nervosa** é caracterizada como “ingestão compulsiva de alimentos e a utilização de métodos compensatórios inapropriados para impedir o aumento de peso” (APA, 2002, p. 589). São os critérios de diagnóstico (*idem*, p. 594):

- a. Episódios recorrentes de ingestão alimentar compulsiva. Um episódio é caracterizado por:
  1. Comer, num curto período de tempo, uma quantidade de alimentos que é superior à que a maioria das pessoas comeria num período de tempo semelhante e nas mesmas circunstâncias;
  2. Sensação de perda de controlo sobre o ato de comer durante o episódio.
- b. Comportamento compensatório inapropriado recorrente para impedir o ganho ponderal.
- c. Episódios de ingestão compulsiva de alimentos e comportamentos compensatórios inapropriados pelo menos 2 vezes por semana em 3 meses consecutivos.
- d. A auto-avaliação é indevidamente influenciada pelo peso e formas corporais.
- e. A perturbação não ocorre exclusivamente durante os episódios de Anorexia Nervosa.

Tipo purgativo: durante o episódio atual de Bulimia Nervosa a pessoa induz regularmente o vômito ou abusa de laxantes, diuréticos ou enemas.

Tipo Não-purgativo: durante o episódio atual de Bulimia Nervosa a pessoa usa outros comportamentos compensatórios inapropriados, tais como jejum ou exercício físico excessivo, mas não induz o vômito nem abusa de laxantes, diuréticos e enemas.

A **Perturbação do Comportamento Alimentar SOE** é utilizada quando não são preenchidos os critérios completos para uma Perturbação do Comportamento Alimentar específica (Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa). São exemplos (APA, 2002, p. 594-595):

1. Nas mulheres, todos os critérios de Anorexia Nervosa estão presentes exceto a amenorreia.
2. Todos os critérios de Anorexia Nervosa estão presentes exceto que, apesar de uma perda de peso significativa, esta encontra-se dentro dos valores normais.
3. Todos os critérios de Bulimia Nervosa estão presentes exceto que os episódios de ingestão compulsiva e os mecanismos compensatórios inapropriados ocorrem numa frequência inferior a 2 vezes por semana, ou têm uma duração inferior a 3 meses.
4. Uso regular de comportamentos compensatórios inapropriados por uma pessoa de peso normal após ingestão de pequenas quantidades de alimentos.
5. Mastigar e cuspir repetidamente, mas não engolir, grandes quantidades de alimentos.

6. Perturbação de ingestão alimentar maciça: episódios recorrentes de ingestão alimentar maciça na ausência dos comportamentos compensatórios inapropriados característicos de Bulimia Nervosa.

A **Perturbação de Ingestão Compulsiva** (*Binge-Eating*), inserida atualmente na Perturbação do Comportamento Alimentar SOE, é sugerida no DSM-IV-TR a sua introdução futura como um diagnóstico a incluir nas Perturbações do Comportamento Alimentar. É caracterizada por “episódios recorrentes de ingestão maciça de comida que se associam a provas subjetivas e comportamentais de falta de controlo sobre a alimentação e de mal-estar clinicamente significativo e que não são acompanhados das estratégias compensatórias típicas da Bulimia Nervosa” (APA, 2002, p. 785). São sugeridos os seguintes critérios de diagnóstico (*idem*, p. 787):

a) Episódios recorrentes de ingestão compulsiva. Um episódio de ingestão compulsiva é caracterizado pelas seguintes condições:

1. Ingestão, num período de tempo isolado (por exemplo, qualquer período de 2 horas), de uma quantidade de comida francamente superior à que a maioria das pessoas poderia consumir no mesmo espaço de tempo e sob circunstâncias similares;
2. Sensação de perda do controlo sobre a ingestão durante o episódio (por exemplo, sensação de que não pode parar de comer ou controlar o quê ou quanto se está a comer).

b) Os episódios de ingestão compulsiva associam-se a 3 (ou mais) dos seguintes sintomas:

1. Ingestão muito mais rápida que o habitual;
2. Comer até se sentir desagradavelmente cheio;
3. Ingestão de grandes quantidades de comida apesar de não sentir fome;
4. Comer sozinho para esconder o embaraço pela sua voracidade;
5. Sentir-se desgostoso consigo próprio, depressão ou grande culpabilidade depois da ingestão compulsiva.

c) Profundo mal-estar ao recordar as ingestões compulsivas.

d) As ingestões compulsivas têm lugar, em média, pelo menos 2 dias por semana durante 6 meses.

e) A ingestão compulsiva não se associa ao uso regular de estratégias compensatórias inadequadas (por exemplo, purgantes, jejum, exercício físico excessivo) e não aparecem exclusivamente no decurso de uma Anorexia Nervosa ou uma Bulimia Nervosa.

- **Critérios de encaminhamento para o Internamento**

- perda de peso rápida (> 30% em 6 meses),
- desnutrição grave,

- complicações médicas agudas (ex: disritmias cardíacas, alterações eletrolíticas graves, instabilidade fisiológica: FC<50bpm dia ou <45bpm noite; TA< 89/50 mmHg; alterações ortostáticas no pulso >20bpm ou na TA >10mmHg; temperatura corporal <35,5°C),
- ciclos ininterruptos de ingestão alimentar compulsiva (*binge eating*), vômitos/uso de laxantes e restrição alimentar,
- situações médicas coexistentes não controladas (ex: *Diabetes Mellitus*),
- depressão grave, ideação suicida ou associação com outros sintomas psicopatológicos graves, em particular sintomas psicóticos;
- insucesso do tratamento no ambulatório,
- falta de colaboração familiar ou inexistência de qualquer tipo de apoio/supervisão.

[Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 (2009) e Casanova *et al.* (2009)]



## **Apêndice XI - Proposta de Protocolo de Funcionamento e de Intervenção na Consulta de Perturbações do Comportamento Alimentar**

### **Funcionamento**

A Consulta de Perturbações do Comportamento Alimentar decorrerá no espaço da Consulta Externa de Psiquiatria da Infância e Adolescência, realizando-se estas consultas às quartas-feiras de manhã (entre as 8h30 e as 12h30). Neste tempo e espaço estará toda a equipa multidisciplinar a funcionar em parceria.

A criança/adolescente referenciado a esta consulta é observado inicialmente pelo enfermeiro e pelo pedopsiquiatra, com o intuito de uma avaliação clínica com confirmação do diagnóstico, tendo em conta os fatores protetores e de risco no momento atual. Nesta primeira consulta deverá ainda ser realizada uma entrevista familiar no sentido de se conhecer e compreender o funcionamento do sistema familiar. A partir daqui são estabelecidos objetivos a serem alcançados pela criança/adolescente e família, iniciando-se desta forma o planeamento do projeto terapêutico, com o encaminhamento para os profissionais de saúde que forem pertinentes para o mesmo.

### **Acompanhamento Pedopsiquiatria**

Todas as crianças/adolescentes serão observados previamente pela pedopsiquiatria, sendo as consultas seguintes com a frequência que a situação clínica da criança/adolescente justificar. Este acompanhamento deve ter uma duração mínima de 12 meses. É este o técnico responsável pelo encaminhamento para a Pediatria, caso se justifique.

### **Acompanhamento Enfermagem**

Durante este é realizada a história clínica da criança/adolescente, assim como a avaliação dos parâmetros como o peso, altura, IMC. Durante as consultas são monitorizados/despistados sinais e sintomas que indiquem risco ou existência de complicações. É feito um acompanhamento da ingestão alimentar e sentimentos associados, assim como acompanhamento terapêutico na gestão das emoções e comportamentos. São realizados ensinamentos relativamente à terapêutica, alimentação e comportamentos que favoreçam a melhoria clínica. Cabe ainda ao enfermeiro manter a articulação entre todos os profissionais intervenientes no projeto terapêutico da criança/adolescente. A frequência das consultas será estabelecida em equipa, podendo variar com a necessidade de vigilância dos parâmetros físicos e/ou de acompanhamento de crianças/adolescentes sem indicação ou que não manifestam vontade de ser acompanhados em Psicologia Clínica.

### **Acompanhamento Psicologia Clínica**

A criança/adolescente é encaminhado para a consulta de psicologia clínica quando esteja numa fase de reabilitação que lhe permita pensar sobre si. Deverá estar motivada para este acompanhamento, demonstrando consciência patológica e *insight*. Este acompanhamento deve ser efetuado semanalmente, com duração de 50 minutos.

Preconiza-se um acompanhamento individual de pelo menos 12 meses (Nacional Institute for Clinical Excellence, 2004), cujos objetivos são: promover o auto-conhecimento da adolescente, melhorar o auto-conceito (melhorando a sua relação com o peso e imagem corporal), estabelecer um padrão alimentar adequado, reconhecer padrões de comportamento desajustados, apoiar o estabelecimento de relações mais saudáveis, tanto a nível familiar como social.

### **Acompanhamento familiar/Terapia familiar**

Deverão ser encaminhadas para este tipo de intervenção famílias cujo padrão de funcionamento seja disfuncional e esteja a prejudicar a melhoria clínica da criança/adolescente. As famílias devem estar motivadas para este tipo de intervenção, uma vez que terão de estar presentes todos os elementos da família.

Será realizado com uma frequência preferencialmente quinzenal, mantido durante 6 meses a 1 ano. As sessões têm a duração mínima de 50 minutos.

Lock (2010, p. 3) sugere que a “intervenção familiar pode ser o mais eficiente tratamento para a maioria dos adolescentes”, delimitando o tempo de intervenção entre seis meses/dez sessões ou doze meses/vinte sessões. O Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists Clinical Practice Guidelines Team for Anorexia Nervosa (2004, p. 666) apoia a terapia familiar como sendo uma importante parte do tratamento, principalmente no caso das crianças e adolescentes e, Russell *et al.*, demonstrou que a terapia familiar é superior à terapia individual em adolescentes com anorexia nervosa há menos de 3 anos (APA, 2006, p. 77-78), uma vez que a terapia familiar é usada na redução dos sintomas e no trabalho dos problemas relacionais da família que contribuem para a persistência do distúrbio alimentar (*idem*, p. 77).

### **Acompanhamento Dietética**

Nesta consulta será estabelecido o plano alimentar adequado e ajustado às necessidades da criança/adolescente. Estas consultas terão a frequência que a situação clínica da criança/adolescente justifique, articulada com a equipa multidisciplinar.

## **Grupo de Pais**

Sessões realizadas mensalmente, com duração de 1h30m, às sextas-feiras de manhã, dinamizadas pelo enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e terapeuta familiar, podendo estar presentes outros profissionais conforme as temáticas a abordar. Estará aberto este grupo a todos os pais e familiares de crianças/adolescentes acompanhados na consulta.



## Apêndice XII - Formação em Serviço – Plano da Sessão

**Tema:** Intervenções de enfermagem junto das adolescentes com PCA – Anorexia Nervosa

**Local:** Sala de Reuniões

**Data:**

**Hora:**

**Objetivo geral:** Refletir na intervenção do enfermeiro junto das adolescentes com anorexia nervosa

**Objetivos específicos:**

- Identificar a intervenção realizada pelos enfermeiros na Unidade de Internamento
- Enumerar as intervenções de enfermagem realizadas, descritas nas entrevistas e documentadas nos processos clínicos
- Cruzar as necessidades das adolescentes com o que os profissionais imaginam que sejam as necessidades sentidas pelas adolescentes com anorexia nervosa
- Definir medidas de melhoria na prestação de cuidados de enfermagem

CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS	MÉTODOS E TÉCNICAS	RECURSOS DIDÁCTICOS	TEMPO	FORMADOR(ES)
- Apresentação do projeto e metodologia	Expositivo	Computador portátil, data-show	3 min	Andreia Espírito Santo
- Apresentação da Grelha de Análise das entrevistas realizadas aos enfermeiros			8 min	
- Apresentação da Grelha de Análise das entrevistas realizadas aos médicos			3 min	
- Apresentação da Grelha de Análise das entrevistas realizadas às adolescentes			5 min	
- Apresentação das intervenções levantadas nos processos clínicos	Ativo/Debate		6 min	
- Reflexão sobre todos os dados apresentados			20 min	
Conclusões			10 min	



## Apêndice XIII - Formação em Serviço - Avaliação da Sessão

**Local:** Unidade de Internamento de Psiquiatria da Infância e Adolescência

**Tema:** Intervenções de enfermagem junto das adolescentes com PCA – Anorexia Nervosa

**Duração:** 55 minutos **Data:**

**Formador:** Andreia Espírito Santo

Coloque uma cruz (X) na opção que melhor expresse a sua opinião, ou seja, o seu grau de concordância para cada uma das afirmações que se seguem.

APRECIAÇÃO GLOBAL	Discorda Total-mente	Discorda	Concorda	Concorda Total-mente
1. As suas expectativas em relação à formação foram satisfeitas.				
2. Os objetivos da formação foram atingidos.				
3. Para a sua atividade profissional a formação foi útil.				
4. Favoreceu a sua aquisição/consolidação de conhecimentos.				
5. A teoria foi relacionada com a prática.				
6. A formação apresentou bom nível técnico-pedagógico.				
7. Foram abordados todos os pontos que considerou importantes.				
8. A documentação distribuída/disponibilizada possui qualidade.				
9. Os audiovisuais utilizados foram adequados à mensagem transmitida.				
10. A duração da formação foi adequada.				
11. O horário da formação foi adequado.				

Classifique a **metodologia** utilizando a seguinte escala:

1 – Insuficiente    2 – Suficiente    3 – Bom    4 – Muito Bom

METODOLOGIA	Classificação
12. Domínio dos conteúdos apresentados.	
13. Facilidade de transmissão de conhecimentos.	
14. Clareza na transmissão dos conhecimentos.	
15. Capacidade de motivar, despertar interesse nos formandos.	
16. Interação com o grupo.	
17. Interesse demonstrado no esclarecimento de dúvidas.	
18. Gestão do tempo.	
19. Pontualidade.	

COMENTÁRIOS E SUGESTÕES DE MELHORIA

Obrigado pela sua colaboração



